PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

2004-2007

Cahier 1
Périnatalité et petite enfance

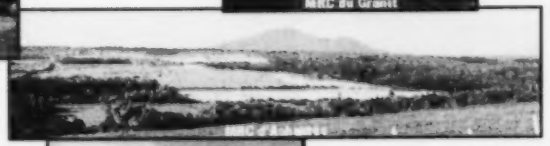
Cahier 2
5 - 11 ans

Cahier 3
12 - 17 ans

Cahier 4
Adultes

Cahier 5
Personnes âgées

Cahier 6
Toute la population



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

DIRECTION

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

2004-2007

Cahier 1
Périnatalité et petite enfance

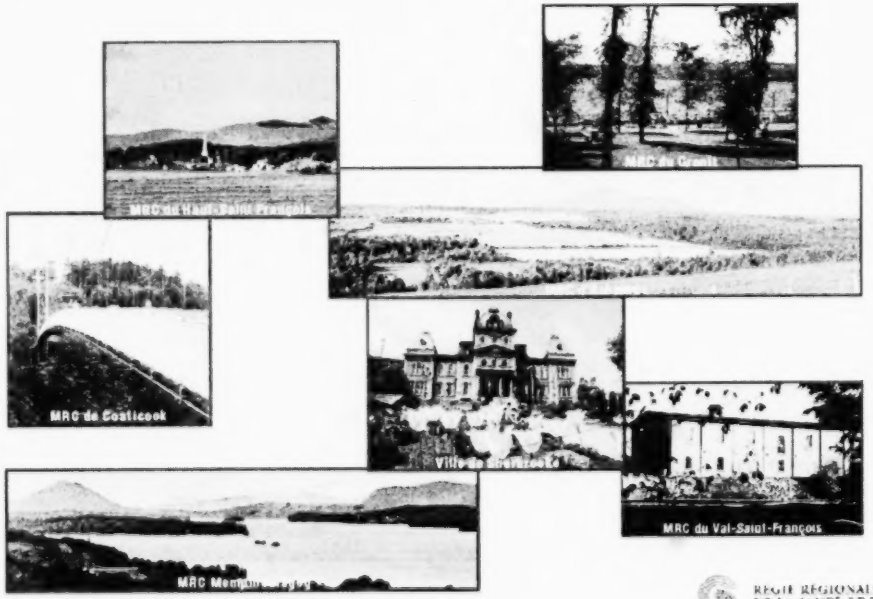
Cahier 2
5 - 11 ans

Cahier 3
12 - 17 ans

Cahier 4
Adultes

Cahier 5
Personnes âgées

Cahier 6
Toute la population



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Le « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007– Cahier 1 »
a été élaboré sous la direction de :

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Francine Boulanger, chef de service, Service santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Lynda Périgny, chef de service, Service promotion/prévention de la santé
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique

Coordination des travaux

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation

Secrétariat

Mireille Ara, secrétaire, Service promotion/prévention de la santé
France Paquet, secrétaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Conception graphique
Bernard Bilodeau, technicien en communication, Service des communications

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration
du « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 1 ».
La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Dépôt légal : 4e trimestre

Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN : 2-921776-25-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Page

Introduction 1

Domaine 1 - Développement, adaptation et intégration sociale

Présentation 5
Fiche 1.1.1 Prématurité, insuffisance de poids, anomalies congénitales, infections, anémie 7
Fiche 1.1.2 Développement des enfants, abus physique et psychologique, négligence, agression sexuelle 13
Fiche 1.1.3 Développement des communautés et actions intersectorielles 19

Domaine 2 - Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation 23
Fiche 1.2.1 Santé dentaire 25

Domaine 3 - Traumatismes non intentionnels

Présentation 31
Fiche 1.3.1 Chutes et blessures à domicile 33
Fiche 1.3.2 Traumatismes routiers 37

Domaine 4 - Maladies infectieuses

Présentation 43
Fiche 1.4.1 Diphtérie, poliomyélite et tétanos 45
Fiche 1.4.2 Rougeole, rubéole et oreillons 49
Fiche 1.4.3 Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b 53
Fiche 1.4.4 Coqueluche 59
Fiche 1.4.5 Infections invasives à méningocoque de sérogroupe C 65
Fiche 1.4.6 Infections invasives à pneumocoque 69
Fiche 1.4.7 Varicelle 71
Fiche 1.4.8 Grossesse, rubéole congénitale et hépatite B aiguë chez les nouveau-nés 73
Fiche 1.4.9 Syphilis congénitale 77
Fiche 1.4.10 Infection par le VIH chez les nouveau-nés 79

Domaine 5 - Santé environnementale

Présentation 85
Fiche 1.5.1 Cancers de la peau 87

Références 89

Annexes

Annexe A : Initiative amis des bébés 93
Annexe B : Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0-5 ans et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité 95
Annexe C : Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse 97

Liste des collaborateurs et collaboratrices 99

Introduction

Durant cette période de vie, le cerveau de l'enfant se façonne, il est très dépendant des adultes qui en prennent soin.[1] Des facteurs prénatals, comme l'alimentation de la mère ou l'usage du tabac durant la grossesse peuvent influencer de façon permanente le développement de l'enfant. Certains problèmes de santé physique, tels que les infections gastro-intestinales et les infections respiratoires risquent également d'avoir des conséquences sur le développement des enfants. Il en est de même de l'anémie ferriprive dont la prévalence semble plus grande dans certains groupes, notamment les nouveau-nés de faible poids à la naissance et les enfants de milieux défavorisés. Après la naissance, les relations de l'enfant avec les personnes qui en prennent soin ont une très grande incidence sur la façon dont les cellules du cerveau se connecteront entre elles. Or, ces connexions peuvent influencer le développement immédiat et futur des habilités motrices, langagières, cognitives et sociales de l'enfant. Dans cette période de vie où les premiers contacts de tout type se font, la rencontre de différents virus et bactéries susceptibles d'amener plusieurs maladies infectieuses suppose une vaccination adéquate permettant de contrôler adéquatement tout un ensemble de maladies infectieuses et leurs séquelles, qui, il y a moins de 30 ans, étaient monnaie courante.

Les années préscolaires sont une période de développement rapide des habilités motrices, langagières, cognitives et sociales. La stimulation, les soins assidus donnés par des adultes affectueux, le jeu actif et les occasions d'apprentissage précoce durant ce stade peuvent stimuler la capacité d'apprendre de l'enfant et l'aider à surmonter les désavantages causés par la pauvreté ou par d'autres problèmes.

---

[1] Peggy EDWARDS, *Favoriser le développement des connaissances sur la santé et le bien-être des enfants au Canada*, Centre d'excellence pour le bien-être des enfants, Santé Canada, Ottawa, 1999.

Un peu partout en occident, des programmes de santé publique sont offerts depuis plusieurs années en soutien prénatal aux mères à risques élevés permettant d'améliorer l'issue de la grossesse. De même, diverses études ont démontré l'importance d'accorder un soutien aux jeunes parents d'enfants de moins de 18 mois. En plus d'aider à développer un attachement sécurisant pour l'enfant, le développement de compétences parentales positives peut atténuer les effets de la pauvreté et des autres stress et diminuer les risques que l'enfant ait des problèmes de développement.

Dans la période qui précède l'entrée à l'école, les enfants doivent développer un degré approprié d'habilités motrices, langagières, cognitives et sociales. Ces capacités sont d'excellents éléments prédictifs de l'habilité à l'école, tant au plan social que de l'apprentissage, de l'obtention d'un diplôme du secondaire, de l'accès à un emploi et d'une contribution à la société. Le soutien et l'aide aux parents plus démunis ainsi que la suppléance, s'il y a lieu, par des milieux de garde de qualité ont démontré des effets sur le développement des enfants, leur permettant, indépendamment de leur milieu, une entrée à l'école avec les habilités de base requises pour un fonctionnement et un apprentissage adéquat.

Domaine 1
Développement, adaptation et intégration sociale

Présentation du domaine développement, adaptation et intégration sociale

Bien qu'il y ait eu des progrès importants au cours des dernières années, plusieurs problèmes sociaux et de santé continuent d'affecter ou de menacer le développement et l'adaptation sociale des tout-petits. On pense ici à l'insuffisance de poids à la naissance, la prématurité, les retards de développement et certains problèmes de santé physique tels que les infections gastro-intestinales, les infections respiratoires, l'anémie ferriprive, etc.

Cette section présente un ensemble d'activités visant à améliorer les conditions qui entourent la naissance et à réduire certains problèmes psychosociaux et de santé chez les très jeunes enfants. Certaines activités s'adressent à l'ensemble de cette population et d'autres visent des clientèles plus vulnérables.

De plus, des activités au niveau du développement des communautés et des actions intersectorielles visant, notamment, les conditions de vie des jeunes familles, complètent cette section.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.1.1**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire le taux de prématurité (durée de gestation inférieure à 37 semaines).**
- **Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g).**
- **Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale.**
- **Réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou l'hypothyroïdie congénitale.**
- **Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons.**

ÉTAT DE SITUATION :

La prématurité

Comme dans l'ensemble du Québec, le taux de prématurité en Estrie a connu une augmentation au cours des dernières années. Il est passé de 5,9 % en 1989 à 7,7 % en 2000 (au Québec, 6,4 % à 7,7 %).

La prématurité demeure, dans plusieurs cas, un phénomène inexpliqué et surtout difficile à prédire sur le plan individuel. Les principaux facteurs qui y ont été associés sont 1) des antécédents de prématurité, d'avortement et de mortinaissance, 2) la présence, chez la mère, de problèmes sérieux de santé ou d'un état de stress élevé perçu pendant la grossesse, 3) la consommation de tabac, 4) l'âge de la mère (18 ans et moins, 35 ans et plus), et 5) une petite taille de la femme enceinte. Il est également reconnu que certaines conditions ergonomiques dans lesquelles évoluent les travailleuses enceintes (travail en station debout prolongée, port de charges lourdes, efforts physiques) sont associées aux naissances prématurées (voir fiche 4.6.8 – Retrait préventif de la femme enceinte). Enfin, la consommation d'alcool et la consommation de cocaïne par la mère ont été associées à la prématurité.

L'insuffisance de poids à la naissance

Entre 1989 et 1993, la proportion d'insuffisance de poids à la naissance était plus faible en Estrie qu'au Québec (en moyenne, 5,2 % vs 5,8 %). Par la suite, alors que les taux demeuraient relativement stables au Québec, ils connaissaient une augmentation en Estrie. Dans les deux cas, la proportion se situe à environ 6 % au cours des dernières années.

Certaines femmes sont davantage exposées à donner naissance à un enfant de poids insuffisant. Les facteurs de risque peuvent être liés à des habitudes de vie (comme une alimentation déficiente, la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues par la femme enceinte), à des caractéristiques biologiques de la mère (maigreur avant la grossesse, petite taille, âge, grossesses multiples, antécédents de naissance de faible poids) ; ou encore, à la présence de conditions pathologiques (maladie chronique ou survenant pendant la grossesse, anomalie congénitale du bébé). L'effet de la pauvreté sur l'insuffisance de poids à la naissance est également bien documenté. Il semble résulter du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque (alimentation insuffisante, conditions de vie difficiles, tabagisme, maigreur).

Les anomalies congénitales

On estime qu'au Québec, entre 2 et 3 % des enfants naissent avec une ou plusieurs anomalies congénitales graves. Les anomalies congénitales constituent l'une des principales causes de tous les décès de nourrissons et figurent parmi les 10 premières causes d'années potentielles de vie perdues. Parmi les groupes à risque se trouvent les parents ayant des antécédents familiaux de malformations congénitales ou ayant déjà donné naissance à un enfant atteint. Certaines conditions environnementales peuvent accroître le risque de malformations congénitales : infections maternelles (rubéole, toxoplasmose), agents chimiques (vapeurs nocives, métaux, médicaments, alcool ou drogues consommés pendant la grossesse), agents physiques (hyperthermie, rayonnements ionisants).

Les anomalies congénitales les plus fréquentes sont les malformations musculo-squelettiques, les cardiopathies congénitales et les anomalies du système nerveux central, dont les anomalies du tube neural. Ces dernières suscitent un intérêt particulier, qui tient autant à l'invalidité et au décès dont elles sont la cause qu'à la possibilité de les prévenir. Les recherches ont en effet révélé une diminution du risque quand les femmes prennent un supplément d'acide folique avant de devenir enceinte et au cours des 4 premières semaines de grossesse.

La phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale

La phénylcétonurie et l'hyperthyroïdie congénitale sont des maladies génétiques relativement rares. Au Québec, au cours des trois dernières décennies (1969-2000), 105 cas de phénylcétonurie ont été détectés chez 2 647 000 nouveau-nés, soit 1 cas pour 25 000 naissances (3 enfants par année en moyenne). L'hypothyroïdie congénitale, pour sa part, a été la cause de 3 décès et de 27 événements d'hospitalisation au cours de la dernière décennie (1990-1999) au Québec.

Toutefois, comme les effets de ces maladies sont importants et à long terme, l'établissement, dès la naissance, d'un plan d'intervention et de suivi pour l'enfant et pour sa famille est primordial. Pour cette raison, un dépistage précoce et systématique de ces maladies est recommandé.

Les infections gastro-intestinales, les infections respiratoires et l'anémie ferriprive

Les infections gastro-intestinales et les infections respiratoires sont les principales pathologies qui affectent les enfants au cours de leur première année de vie. L'anémie ferriprive, quant à elle, affecte 3 à 4 % des enfants de 6 mois et environ 10 % des enfants de 18 mois. Dans certains groupes, notamment chez les nouveau-nés prématurés ou de faible poids à la naissance et chez les enfants de milieux défavorisés, sa prévalence peut atteindre jusqu'à 30 %. L'anémie ferriprive en bas âge est associée à un retard ultérieur du développement.

L'allaitement maternel est reconnu pour réduire l'incidence de ces affections et en diminuer la gravité. Ainsi, les bébés allaités sont moins nombreux que les bébés nourris artificiellement à souffrir de diarrhées, d'infections gastro-intestinales bactériennes et d'infections des voies respiratoires inférieures. Par ailleurs, s'il arrive que les bébés allaités soient atteints par ces maladies, leur gravité est de moindre importance et leurs conséquences, moins sérieuses. Jusqu'à l'âge de 6 mois, le lait maternel offre également une protection contre l'anémie ferriprive, le fer qu'il contient étant très bien absorbé.

Les données québécoises[1] montrent que près des trois quarts (72 %) des nourrissons nés en 1998 étaient nourris au sein à la naissance. Elles indiquent également que 47 % ont été allaités pendant au moins 3 mois et que 41 % l'ont été au moins 4 mois. Une enquête réalisée en Estrie, à la fin de l'année 1997, laissait voir une situation semblable, soit que 69 % des nouveau-nés étaient allaités à la naissance, 40 % à 3 mois et 33 % à 4 mois.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a pour objectif que d'ici 2007, l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et de 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an[2]. La principale stratégie retenue pour favoriser l'allaitement maternel au Québec est la mise en place de l'Initiative amis des bébés (Annexe A).

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes : Prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer ; Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes ; Counselling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes ; Counselling en matière d'allaitement maternel ; Dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés ; Recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance ; Orientation des enfants défavorisés vers des centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.						
• Élaboration d'un plan annuel de formation sur les pratiques cliniques préventives en lien avec le tabac, l'alcool, l'alimentation, les signes précurseurs de la prématurité, l'allaitement, la prise d'acide folique, etc. ➢ Diffusion du plan de formation. ➢ Production de matériel promotionnel.	Nombre de médecins et personnel de CLSC rejoints annuellement.	X	→	→	**Régional**	25 000 $ (formation, outils et campagnes promotionnels)
• Organisation de séances d'information et de formation pour les omnipraticiens et les professionnels des CLSC.	Nombre de séances.	X	→	→		
• Organisation de campagne et d'activités de sensibilisation sur la promotion de la prise de l'acide folique (ex. : promotion auprès des clientèles desservies par les CLSC).	Activités tenues dans chaque territoire de CLSC/ au régional avec Association Spina-Bifida.		X	→	**Régional/local**	
• Production et diffusion d'un dépliant sur les signes et symptômes de travail prématuré et sur la conduite à tenir s'ils se présentent.	Nombre de dépliants diffusés dans les MRC (CLSC-médecins-org. com.).	X	→	→	**Régional**	5 000 $
• Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant sur les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail (voir fiche # 4.6.8).	Voir fiche # 4.6.8.					

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Établissement du réseau « amis des bébés » dans les services de maternité des centres hospitaliers et dans les CLSC						
• Mise en place du programme « Initiative amis des bébés » par les étapes suivantes :	Nombre d'organisations ayant reçu leur certification « amis des bébés ».			X	**Régional**	30 000 $ (déjà alloués par le MSSS)
➢ Formation sur les étapes et le processus menant à la certification « amis des bébés » aux gestionnaires et au personnel des CH, CLSC et aux organismes communautaires concernés.	Nombre de formations et de participants.	→	→	→	**Régional**	
➢ Organisation de rencontres dans les MRC, animées par une consultante en lactation, pour assurer la continuité de services en allaitement.	Nombre de rencontres.	→	→	→	**Régional**	
➢ Soutien financier et logistique pour mettre en place l'ensemble des étapes menant à la certification « amis des bébés » en privilégiant d'abord la formation et la supervision du personnel, puis l'achat du lait artificiel et le processus d'évaluation.	Nombre de personnes par établissement ou organisation à avoir reçu la formation requise ; Nombre de demandes de certification.	→	→	→	**Régional**	
➢ Mise en place d'intervenants pivots en allaitement dans chacun des CLSC.	Nombre d'intervenants pivots mises en place dans chaque CLSC.		X	→	**Local**	162 000 $ 3 ETC (inf.)
• Suivi de la situation de l'allaitement dans la région.	Bilan annuel de la situation.	X	→	→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Le soutien des pratiques cliniques préventives nécessite également un programme de formation de base et continue. À titre d'exemple, l'utilisation d'outils standardisés pour détecter les cas de consommation importante d'alcool parmi les femmes enceintes et allaitantes implique de rejoindre et de former l'ensemble des cliniciens qui oeuvrent auprès de cette clientèle. Chaque année, les infirmières et les médecins (par des modalités différentes) seront interpellés pour de la formation sur les pratiques cliniques préventives : acide folique, counselling sur la consommation d'alcool et de drogues, tabagisme, allaitement maternel, etc. Les thèmes seront déterminés annuellement en collaboration avec les CLSC, le Département régional de médecine générale, les groupes de médecine de famille, les cabinets privés et les médecins accoucheurs.
- L'implantation de l'Initiative « amis des bébés » requiert une formation de base en matière d'allaitement maternel pour l'ensemble du personnel en contact avec les parents et futurs parents. Un programme de formation continue est à prévoir.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.1.2**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0-4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social).**
- **Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants.**

ÉTAT DE SITUATION :

Il est reconnu que les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale des enfants de 0-4 ans sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque. Certaines caractéristiques des enfants et des mères sont associées au retard de développement des enfants, mais c'est leur nombre et leurs liens avec les caractéristiques du milieu de vie qui rendent les enfants plus vulnérables. Des conditions de vie précaires, le manque de soutien ou d'aide représentent quelques exemples de facteurs qui viennent miner la disponibilité des parents, leur patience, leurs ressources. Les retards de développement, les abus physiques ou psychologiques, les agressions sexuelles et la négligence incarnent autant de conséquences de ce processus.

Le retard de développement chez les enfants de 0-4 ans

Le retard de développement est défini comme un délai complètement ou partiellement réversible à accéder à un stade de développement social, langagier, psychomoteur et/ou intellectuel normalement atteint par les enfants d'un âge ou d'une culture donnée. L'ampleur de cette problématique commence à être documentée au Québec par l'intermédiaire de l'Enquête longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ELDEQ)[1] et de quelques études sur le développement du langage ou sur les jeunes en milieu scolaire. Il existe peu de données régionales sur le sujet.

De façon générale, environ 15 % des enfants d'âge préscolaire présentent un retard de développement. Sur le plan cognitif, les résultats préliminaires de l'ELDEQ[1] montrent que 20 % des enfants de 29 mois présentent un retard. Au niveau du langage, la littérature indique que 15 % des enfants manifestent des difficultés, lesquelles sont qualifiées de sévères dans le tiers des cas. La proportion d'enfants affectés est évidemment plus élevée lorsqu'elle est déterminée dans des groupes plus à risque, comme celle des enfants pris en charge par les centres jeunesse (environ 50 %) ou suivis dans le cadre des programmes préventifs (entre 15 et 20 %). Les retards dans les sphères de développement social et psychomoteur sont peu documentées. En ce qui concerne les habiletés personnelles et sociales des enfants, l'ELDEQ fait état de différents problèmes rapportés par les parents d'enfants de 2 ½ ans : gestes fréquents d'agressions physiques à l'endroit des pairs (17 %), problèmes d'inattention (12 à 17 %), anxiété (entre 10 et 25 %).

Les facteurs de risque associés au retard de développement des enfants sont la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance, l'anémie, certaines anomalies congénitales, la faiblesse du lien d'attachement, des pratiques parentales inadéquates, un manque de stimulation. La faible scolarité de la mère, son jeune âge (grossesse à l'adolescence), la pauvreté et l'isolement de la famille, la monoparentalité, un climat familial dysfonctionnel, un problème de santé mentale, de toxicomanie ou d'alcoolisme chez un des parents représentent d'autres facteurs qui rendent l'enfant plus vulnérable.

L'abus physique, l'abus psychologique et l'abus sexuel

L'abus physique des enfants fait référence à l'usage non accidentel de la force physique ou d'objets par un parent ou un responsable de l'enfant, qui a pour effet de compromettre leur intégrité. Une étude réalisée en 1999 par l'Institut de la statistique du Québec[3] démontre que 6,6 % des mères d'enfants de 0-17 ans ont manifesté de la violence physique sévère au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête (1,3 % à une fréquence de 3 fois ou plus) et 47,8 % de la violence physique mineure (16,4 % à une fréquence de 3 fois ou plus). Dans la région de l'Estrie, l'abus physique est la cause de 18 % des signalements et, après évaluation, elle représente 15 % des cas de protection retenus. De 1999 à 2002, le nombre annuel moyen de signalements retenus pour abus physique auprès des enfants de 0 à 5 ans se chiffre ainsi à 38.

L'abus psychologique des enfants se concrétise par l'utilisation de menaces, de tromperies ou de contrôle. Dans l'étude déjà citée[3], on rapporte que 78,6 % des mères d'enfants de 0-17 ans ont manifesté ce type de violence de façon sévère auprès de leurs enfants, et ce, au moins une fois dans l'année précédant l'enquête (43,7 % à une fréquence de 3 fois et plus dans l'année précédente).

L'abus sexuel envers les enfants implique toute activité sexuelle à l'égard des enfants. Selon l'Institut national de santé publique, les enfants âgés entre 0 et 4 ans seraient les moins soumis aux abus sexuels. En Estrie, pour la période 1999-2002, le nombre annuel moyen de signalements retenus pour abus sexuels chez les 0-4 ans a été évalué à 19 (7 garçons, 12 filles).

Les facteurs de risque associés à l'abus physique sont souvent les mêmes que ceux reliés au retard de développement (cités précédemment). D'autres déterminants s'ajoutent : certains sont liés à l'enfant (tempérament difficile, handicap, maladie), d'autres, aux parents (violence conjugale, problèmes psychiatriques, criminalité, déficience, histoire familiale d'abus). Les garçons subiraient également plus la violence physique que les filles, même si les données du Centre jeunesse de l'Estrie sont différentes à cet égard. Au Québec, la prévalence des enfants touchés par la violence conjugale demeure inconnue mais la proportion de femmes québécoises victimes d'une telle violence va jusqu'à 15 % dans certains milieux[4]. Dans les familles où il y a de la violence conjugale, des études suggèrent tout de même que 40 % des enfants sont témoins de cette violence et que dans 30 à 40 % des familles où la mère est violentée, les enfants sont aussi victimes de violence. Les enfants plus jeunes (0-5 ans) seraient plus touchés par cette problématique[5]. Les valeurs sociales sur la correction et la banalisation de la violence dans les médias viennent enfin exacerber la problématique. Certains enfants arrivent tout de même à dépasser ces difficultés grâce à leurs habiletés intellectuelles et de résolution de problèmes, une estime de soi positive ainsi qu'un soutien émotionnel et affectif d'un adulte de leur entourage. Enfin, on retrouve davantage d'abus psychologique dans les familles plus nombreuses et dans les familles où l'abus physique est manifesté.

La négligence à l'endroit des enfants

La négligence fait référence à une omission ou à une insuffisance de réponses aux besoins physiques ou affectifs de l'enfant. Il semble que les bébés de moins de 1 an seraient surtout à risque. Peu de données permettent d'évaluer l'ampleur de cette problématique. Elles proviennent principalement des données-clientèle des centres jeunesse. En Estrie, de 1999 à 2002, 79,5 % des enfants de 0-5 ans pris en charge par le Centre jeunesse l'ont été pour un problème de négligence. Cette proportion représente un peu plus de 70 enfants par année. Les facteurs de risque de négligence sont les mêmes que ceux liés à l'abus.

L'intervention préventive auprès des femmes enceintes, des enfants de 0-5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité

Les conditions d'efficacité des interventions préventives dans ce domaine sont d'avoir un ensemble structuré d'actions qui impliquent l'enfant dès son plus jeune âge, ses parents et particulièrement, sa mère dès la grossesse, ainsi que son environnement. Cette intervention doit favoriser une approche-milieu et respecter les valeurs et les compétences des familles. Le suivi de l'enfant et de sa famille se fait, par ailleurs, de manière intense et continue, jusqu'à son intégration scolaire. Les visites à domicile sont une composante majeure de ce type d'intervention. Elles permettent de bien connaître les familles et d'aborder diverses facettes de leur vie : le développement des enfants, les attitudes parentales, la communication parent/enfant, les habitudes de vie, etc. Le suivi individualisé est, par ailleurs, bonifié par le soutien éducatif précoce pour les enfants, l'accompagnement communautaire et des actions intersectorielles qui favorisent la qualité de vie de ces familles et le développement des enfants. De plus, les interventions doivent comporter des activités de stimulation de la communication et du langage dès le plus jeune âge de l'enfant.

Trois formes d'interventions liées au développement, à l'intégration et à l'adaptation sociale des enfants de 0-5 ans sont préconisées : un programme intégré en périnatalité de type Naître égaux-Grandir en santé ; le soutien éducatif précoce en milieu de garde pour les enfants d'âge préscolaire provenant de milieux défavorisés et le Programme de soutien aux jeunes parents (Annexe B). Les deux premiers types d'intervention sont déjà en place dans toutes les MRC de l'Estrie, soit le volet Naître égaux-Grandir en santé pour les femmes enceintes et les enfants âgés de 0 à 24 mois et un Programme d'interventions préventives auprès des enfants de 2-4 ans vivant en milieu de pauvreté. Quant au Programme de soutien aux jeunes parents, son implantation a débuté en 2002 dans un site pilote (la MRC Memphrémagog) et se poursuit en 2003 dans tous les autres territoires de CLSC.

Une démarche a déjà été amorcée en Estrie pour harmoniser ces trois formes d'intervention, mises sur pied de façon successive, de façon à privilégier un suivi continu et intégré de la clientèle à partir de la grossesse de la mère jusqu'à l'entrée à l'école de son enfant. Elle vise, entre autres, l'harmonisation des critères d'admissibilité et de suivi de la clientèle, l'utilisation des plans d'intervention et des plans de services individualisés, ainsi qu'une étroite collaboration avec les ressources spécialisées requises pour certaines clientèles. La perspective d'un suivi à long terme, réalisé avec les membres d'une équipe interdisciplinaire et avec des partenaires d'autres organisations, a effectivement fait ressortir l'importance des plans d'intervention et des plans de services individualisés, de même que l'importance d'assurer un encadrement clinique adéquat du personnel affecté au suivi de la clientèle.

L'ensemble des interventions préventives s'adressant aux femmes enceintes, aux enfants de 0-5 ans et à leur famille vivant en contexte de vulnérabilité fait l'objet d'un suivi de gestion et d'une évaluation.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Intervention par des activités du type Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS) et intervention concernant le soutien éducatif précoce (intervention en milieu de garde) pour les enfants d'âge préscolaire provenant de milieux défavorisés						
• Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0-5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (intégration des volets NÉ-GS, 2-4 ans et PSJP) :	Clientèle rejointe : 548 femmes enceintes (dont 120 clientes PSJP) ; 838 enfants 0-5 ans (dont 372 enfants PSJP).	→	→	→	**Régional/local**	1 134 000 $/an déjà alloués (0-5ans) et 916 000 $/an déjà alloués (PSJP)
➢ Mise en place des nouvelles modalités du programme d'interventions préventives dans les CLSC, en lien avec l'implantation du PSJP.	Proportion de la clientèle admise selon les critères établis ; Nombre de rencontres à domicile auprès des familles ; Nombre de familles suivies par un intervenant privilégié ; Équipe interdisciplinaire dans chaque CLSC ; Nombre de clients bénéficiant d'un plan d'intervention ; Nombre d'enfants fréquentant un milieu de garde et parmi eux, ceux faisant l'objet d'un PSI ; Nombre de clientes référées à la Villa Marie-Claire inc. ; Nombre de familles référées à un organisme communautaire ; Activités communautaires offertes à la clientèle.	→	→	→	**Régional/local**	
➢ Formation du personnel sur diverses thématiques reliées à l'intervention et au développement des enfants.	Nombre d'intervenants formés par thématiques.	→	→	→	**National/ régional**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
➢ Mise en place de ressources pour l'encadrement clinique.	Nombre d'heures de supervision clinique / CLSC.	X	→	→	**Local**	378 000 $ 4 ETC (cadres)
➢ Mise en place de mécanismes de soutien des intervenants par les orthophonistes, à propos de la stimulation du langage et de la communication.	Nombre d'orthophonistes par territoire ; Nombre d'intervenants formés ; Nombre d'activités favorisant le développement des compétences langagières des enfants.	X	→	→	**Local**	162 000 $ 2.4 ETC (orthopho-nistes)
➢ Élaboration de mécanismes de liaison entre les CLSC et les services spécialisés pour la clientèle du programme.	Nombre de protocoles de liaison réalisés ; Nombre de clientes référées aux établissements spécialisés.		→	→	**Local**	
➢ Suivi de gestion du programme.	Bilan annuel produit selon les indicateurs de résultats.		→	→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Le Ministère devrait assumer la formation des intervenants du Programme de soutien aux jeunes parents. L'objet de cette formation sera défini ultérieurement.
- Pour le Programme régional d'interventions préventives 0-5 ans, de la formation sur l'outil « Brigance » pour être en mesure d'évaluer le niveau de développement des enfants a été réalisée jusqu'à maintenant, sans rejoindre l'ensemble des intervenants. Une supervision a été offerte dans le cadre de l'application de cet outil et cette supervision devra se poursuivre afin de répondre aux besoins des intervenants. Enfin, compte tenu de la nature de l'ensemble des interventions préventives en petite enfance, une formation devra aussi être offerte afin que tous les intervenants du programme soient en mesure de produire un plan d'intervention et un plan de services individualisés. Considérant, l'ensemble des besoins de formation cités précédemment, un plan de formation annuel sera convenu avec les CLSC.
- Pour conclure, afin d'assurer la qualité de ces services préventifs dans les établissements, il est également prévu d'investir au niveau de l'encadrement clinique des intervenants et un montant initial a déjà été alloué à cet effet, par l'intermédiaire du Programme de soutien aux jeunes parents, soit 63 577 $ pour la région. Ce montant paraît toutefois insuffisant et un investissement financier supplémentaire est à prévoir.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.1.3**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

STRATÉGIE : Développement des communautés et actions intersectorielles

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Développement d'actions intersectorielles pour favoriser la qualité de vie des jeunes familles et assurer des conditions favorisant le développement des enfants (ex. : transport, layette, répit).	Nombre de projets intersectoriels développés par MRC.		X	→	**Local**	81 000 $ 1,2 ETC (interv. com.) 64 000 $ (projets intersectoriels)

Domaine 2
Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation du domaine des habitudes de vie et maladies chroniques

Ce domaine s'adresse à plusieurs clientèles et vise à réduire certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'asthme, l'obésité ainsi que les maladies buccodentaires et leurs déterminants.

Pour les tout-petits, cette section identifie des activités à déployer au niveau de la santé buccodentaire des enfants.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.2.1**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.**
- **Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âges.**

ÉTAT DE SITUATION :

La carie dentaire est d'abord et avant tout une maladie infectieuse chronique, localisée, progressive, transmissible et, plus souvent qu'autrement, incurable. La restauration souvent coûteuse des lésions carieuses permet de ralentir la progression de la maladie mais n'empêche pas son évolution.

La carie dentaire affecte la quasi totalité de la population. De plus, elle est la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants. En 1998-1999, chez les enfants québécois de 5 ans, 39 % étaient affectés par la carie dentaire. L'indice de faces dentaires cariées, absentes ou obturées en dentition temporaire (caof) était de 3,43. Elle peut avoir des conséquences physiologiques, psychologiques ou sociales considérables.

En plus d'influencer directement le taux d'édentation, la carie peut contribuer au développement des malocclusions, des maladies parodontales, des problèmes à l'articulation temporo-mandibulaire, affecter la mastication, l'alimentation, le choix des aliments, la consommation de médicament, l'élocution et l'estime de soi. De plus, les personnes atteintes de maladies infectieuses buccodentaires ont un risque accru de diabète, de maladies cardio et cérébrovasculaires, de naissance de bébés de petits poids et de naissance de prématurés. La carie est une des maladies les plus coûteuses au Canada ; les coûts directs se situent en deuxième position après les maladies cardiovasculaires[6].

La carie dentaire est étroitement liée à la disponibilité des fluorures, aux comportements alimentaires, aux comportements d'hygiène buccale et à l'utilisation des services. C'est chez les populations les plus démunies que l'on retrouve toujours la majorité de la carie observée. La prévalence de la carie est 9 fois plus élevée auprès des enfants les plus à risque ; ce groupe étant composé de 25 % de l'ensemble des enfants.

On possède des données attestant de l'efficacité (en termes d'effet sur la diminution de la carie dentaire) des mesures de prévention suivantes : la fluoruration de l'eau de consommation, l'usage des suppléments de fluorure et l'usage des dentifrices fluorurés pour l'ensemble de la population. Les applications topiques de fluorure et l'application sélective d'agents de scellement des puits et fissures (pour les sujets à risque élevé de carie dentaire).

La fluoruration de l'eau de consommation est une mesure de prévention passive bien acceptée par la population. Seulement 8,5 % de la population québécoise bénéficie d'une eau fluorurée. En Estrie, uniquement la ville de Windsor offre de l'eau fluorurée à une concentration optimale. Le manque de ressources a limité les interventions du Programme public de services dentaires préventifs auprès des 0-5 ans. Concernant les services dentaires dispensés en cabinet privé, les services curatifs sont assurés par la Régie d'assurance maladie du Québec, mais ce n'est pas le cas pour les services dentaires préventifs (ex. : application topique de fluorure, scellants, nettoyage) pour les enfants de moins de 12 ans.

Les interventions proposées ont la possibilité de rejoindre les individus à risque élevé de carie dentaire et ainsi, réduire les inégalités. Ces interventions ont un rapport coût/efficacité plus qu'intéressant

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Counselling concernant, les habitudes alimentaires, et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorurés : ➢ Adaptation et diffusion d'outils d'information et de soutien aux pratiques cliniques préventives concernant la santé buccodentaire.	Nombre d'outils de promotion distribués dans les milieux ciblés.	X	→	→	**Régional**	2 000 $
➢ Programme de distribution de suppléments fluorurés afin de rejoindre 50 % des enfants de 0 à 5 ans.	Nombre d'enfants ayant reçu des suppléments fluorurés.		X	→	**Local**	25 000 $ (achat Fluor)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux intervenants en santé dentaire publique des CLSC sur les différents éléments du Programme public de services dentaires préventifs nécessaires à sa réalisation, à l'aide du cahier de formation des hygiénistes dentaires élaboré par le MSSS.
- Sensibilisation et formation des intervenants sur les différentes stratégies de prévention des problèmes buccodentaires, de façon périodique, en fonction des besoins et des nouvelles connaissances.
- Soutien aux intervenants en santé buccodentaire des CLSC, pour les différentes activités du Programme public de services dentaires préventifs : mise à jour des connaissances, formation, information, échange et partage d'expériences (3 à 4 rencontres annuelles) et supervision d'activités cliniques en fonction des besoins.

Domaine 3
Traumatismes non intentionnels

Présentation du domaine des traumatismes non intentionnels

Ce domaine regroupe l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui, dans la plupart des cas, sont évitables.

Pour les tout-petits, cette section identifie des activités à déployer visant à réduire les traumatismes routiers et les blessures à domicile.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.3.1**

DOMAINE : Traumatismes non intentionnels

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire la mortalité et la morbidité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

ÉTAT DE SITUATION :

Au Québec, pour les années 1991 à 1998, chez les enfants de 0-4 ans, les blessures représentent la première cause de décès après les anomalies congénitales et les affections de la période périnatale, soit 50 décès par année (environ 10 % des causes de décès dans ce groupe d'âge). Elles causent 2600 hospitalisations par année (environ 6 %). En Estrie, pour les enfants de 4 ans et moins, on comptabilise 2 à 3 décès et environ une centaine d'hospitalisations annuellement dues aux blessures. Outre les décès et les hospitalisations, les traumatismes occasionnent des restrictions d'activités, de nombreuses consultations auprès des professionnels de la santé et une forte consommation des services dans les établissements de courte durée. En Estrie, de 1992 à 2001, il y a eu en moyenne annuellement 6 100 services rendus par des médecins pour lésions traumatiques et empoisonnements. Parmi ceux-ci, on dénombre en moyenne 430 interventions par les chirurgiens chaque année. Les chutes représentent les deux tiers des hospitalisations pour blessures chez les moins d'un an. Chez les 1-4 ans, les chutes représentent toujours la première cause d'hospitalisation pour blessures (environ le tiers) et les intoxications comptent pour 15 %. En Estrie, environ une quarantaine d'enfants sont hospitalisés annuellement pour des chutes et des intoxications.

Outre les chutes, d'autres types de traumatismes surviennent à domicile et méritent une attention particulière. Ce sont :

- les intoxications, qui sont responsables de plus de décès qu'auparavant dans la population québécoise et qui surviennent principalement par l'ingestion d'un produit toxique ou d'un médicament, l'accessibilité à de tels produits constituant le principal déterminant de la survenue de ces intoxications ;
- les traumas dus aux incendies, qui sont associées principalement à l'absence d'un avertisseur de fumée fonctionnel, au type de logement occupé – par exemple, une maison de chambre –, à l'utilisation d'un système de chauffage d'appoint, au fait de fumer en état d'ébriété et à l'inflammabilité des vêtements ;
- la suffocation, l'étranglement et l'étouffement dus à l'ingestion de corps étrangers, qui sont attribuables, entre autres causes, au développement incomplet de certaines structures anatomiques dû au jeune âge, à une mauvaise dentition ainsi qu'à des maladies affectant la coordination motrice et les fonctions mentales ;
- les brûlures à l'eau chaude qu'on peut prévenir par le bon design des robinets et par les bonnes habitudes.

En Estrie, on consacre très peu de temps à la prévention des blessures auprès des familles concernées, comparativement à d'autres problématiques. Compte tenu de l'importance du problème chez ces jeunes, il apparaît important de favoriser l'adoption de comportements sécuritaires.

Plusieurs études récentes ont démontré que les programmes les plus efficaces pour réduire les taux de blessures et d'intoxication à domicile nécessitent des visites fréquentes auprès des familles et devraient être dirigés vers les populations les plus à risque. Les effets observés par ces programmes persistent chez les familles visitées (jusqu'à l'âge de 2 ans). Ils avaient 40 % moins de blessures et d'intoxications pour la période observée entre 34 et 46 mois (âge de l'enfant).

Parmi les principales barrières pour la réalisation de tels programmes, on note le manque de temps, le manque de matériel éducatif et le manque de formation. L'information sur la sécurité, dispensée par les intervenants faisant des visites à domicile, devrait également être supportée par des mesures environnementales appropriées.

Les conditions de réussite recensées dans la littérature pour de tels programmes sont :

- Le counselling est effectué à domicile et de l'information et des conseils sont dispensés au sujet de dangers précis et sur les façons de les éliminer.
- Les programmes offrent gratuitement des dispositifs de sécurité faciles à installer.
- La plupart des dispositifs de sécurité sont installés par les intervenants, limitant du même coup les efforts requis de la part des parents. En fait, il semble que les quelques dispositifs que les parents doivent installer eux-mêmes sont rarement en évidence au moment de l'inspection de suivi.
- Les programmes prévoient plusieurs visites ou des interventions afin de renforcer l'observation des règles de sécurité et d'éliminer les dangers.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Intégration d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile (chutes, brûlures, empoisonnements, intoxications, suffocations, noyades, etc.)						
• Organisation d'une formation pour les intervenants 0-5 ans des CLSC et des réseaux d'entraide aux jeunes familles sur la problématique et les stratégies d'action pour la prévention des blessures à domicile chez les enfants (chutes, brûlures, empoisonnements, intoxications, suffocations, noyades, etc.).	Nombre d'intervenants formés.			X	**Régional**	
• Organisation d'une formation pour les intervenants 0-5 ans pour la diffusion d'une trousse de sécurité à domicile qui s'adresse aux parents qui bénéficient des programmes Naître égaux – Grandir en santé (NÉG-GS) et Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP).	Nombre d'intervenants formés.		X	→	**Régional**	2 000 $
• Distribution d'une trousse de sécurité à domicile pour les nouveau-nés et les jeunes enfants à risque et installation des dispositifs de sécurité (parents qui bénéficient des prog. NÉ-GS et PSJP).	Nombre de familles rejointes sur le nombre de familles potentielles par territoire de CLSC.		X	→	**Local**	10 000 $ (coûts annuels pour les trousses)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Formation des intervenants sur les différentes stratégies de prévention des traumatismes chez les jeunes (chutes, brûlures, empoisonnements, intoxications, suffocations, noyades, etc.) sont à organiser aux 3 ans environ.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.3.2**

DOMAINE : Traumatismes non intentionnels

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier.

ÉTAT DE SITUATION :

Au Québec, chez les 0-4 ans, au cours de la période de 1998-2000, il y a eu en moyenne par année 8 décès, 115 blessés graves (nécessitant une hospitalisation) et 605 blessés légers comme occupants de véhicules à moteur. D'ailleurs, près de 70 % des décès chez les 4 ans et moins sont comme occupants de véhicules à moteur. Les blessures à la tête et au cou sont prédominantes chez les jeunes occupants de véhicules à moteur, soit 80 % des blessures pour les enfants de 1 an et moins et près de 50 % pour ceux âgés entre 1 et 4 ans[7]. En Estrie, on dénombre, au cours de la période, 1 décès, 5 blessés graves et 30 blessés légers en moyenne par année.

Très souvent, les blessures sont plus graves lorsque l'enfant n'est pas attaché correctement. Selon des données obtenues des salles d'urgence au Canada, les passagers âgés de 1 à 4 ans qui ne sont pas attachés correctement sont 3,7 fois plus susceptibles d'être grièvement blessés que les enfants assis dans un siège d'auto. Au Québec, l'utilisation correcte des sièges d'auto pour les enfants reste faible, soit environ 32 %. Un siège d'auto correctement utilisé peut réduire de 66 à 71 % les probabilités de décès et de blessures graves. Le fait de s'asseoir sur le siège arrière de la voiture réduit d'au moins 30 % le risque de blessures mortelles lors d'une collision de la route chez les passagers âgés de 4 à 8 ans. Le siège arrière est l'endroit le plus sécuritaire pour les enfants à bord d'un véhicule motorisé.

Malgré que des études sur le terrain indiquent que les sièges d'auto et les ceintures de sécurité sont de plus en plus utilisés pour attacher les enfants, l'utilisation correcte des sièges d'auto pour les enfants reste faible :

- À la suite de cliniques de vérification des sièges d'auto et de sondages d'opinion, il semble que plusieurs parents ignorent qu'ils n'utilisent pas correctement leur siège d'auto. Une mauvaise installation du siège d'auto et des courroies insuffisamment serrées constituent les erreurs les plus fréquentes.
- Seulement 56 % des familles utilisent un siège d'appoint lorsque leurs enfants sont trop grands pour le siège d'enfant. Les sièges d'appoint sont fortement recommandés pour les enfants qui pèsent moins de 27 kg (60 lb) puisque les ceintures de sécurité ont été conçues pour retenir le corps d'un adulte.

- Malgré un grand nombre de campagnes de sensibilisation aux dangers des sacs gonflables pour les enfants menées depuis plusieurs années, une étude faite aux États-Unis récemment indique qu'un conducteur sur six permet aux enfants de s'asseoir devant un sac gonflable.

L'analyse de dix études portant sur les raisons pour lesquelles les parents n'utilisent pas de système de retenue d'enfant, ou ne les utilisent pas correctement, a permis d'identifier les principales causes de ce problème : le manque de connaissances à ce sujet, la fatigue ou la paresse, la peur que l'enfant ne soit pas à l'aise, une dépense superflue ou le besoin du siège d'auto pour un frère ou une sœur plus jeunes, et la croyance que les sièges d'auto n'offrent pas de protection supplémentaire.

Au cours des dernières années, la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) a élaboré des campagnes de vérification de l'installation des sièges d'auto pour les enfants appelés « *Cliniques de vérification de l'installation des sièges d'auto* ». Celles-ci sont effectuées sur une base volontaire par les CLSC de l'Estrie, par certains organismes communautaires avec la collaboration de la SAAQ, de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et d'autres partenaires (services policiers, entreprises commerciales, etc.).

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion, auprès des usagers de la route, de l'utilisation de dispositifs de retenue pour enfant dans les voitures						
• Formation des intervenants pour les habiliter à participer à des cliniques de vérification des sièges d'auto pour enfants.	Nombre d'intervenants formés.		X	→	**Régional**	
• Organisation et tenue des cliniques de vérification des sièges en collaboration avec la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), le corps policier, les centres de la petite enfance (CPE), les organismes communautaires famille.	10 cliniques annuellement en Estrie. Nombre de dispositifs vérifiés.		X	→	**Local**	20 000 $ (2 000 $ /clinique)
• Service de prêt de sièges d'auto disponible pour les familles à faible revenu.	Nombre de sièges en location.			X	**Local**	25 000 $
• Campagnes d'information en collaboration avec la SAAQ pour faire connaître les modalités d'utilisation correcte des dispositifs. Promotion auprès des clientèles.	Nombre de campagnes réalisées annuellement. Nombre de partenaires associés. Nombre d'outils produits.		X	→	**Régional/local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Formation des intervenants aux deux ans sur les différentes stratégies de prévention des traumatismes routiers.

Domaine 4
Maladies infectieuses

Présentation du domaine des maladies infectieuses

Les très jeunes enfants sont vulnérables à une kyrielle de maladies infectieuses. Heureusement, au cours des années, plusieurs vaccins ont été développés afin de contrer la menace présentée par plusieurs de ces infections. Pour la plupart des problèmes de nature infectieuse retenus dans cette section, nous pouvons donc compter sur une stratégie d'immunisation comme moyen efficace d'intervention et de contrôle. La menace posée au nouveau-né par certaines infections transmissibles sexuellement et par le VIH (virus d'immunodéficience humaine), transmis par la mère lors de l'accouchement, fait également l'objet d'une attention particulière.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.4.1**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos en ce qui concerne les cas indigènes.

ÉTAT DE SITUATION :

Il n'y a aucun cas de diphtérie déclaré au Québec depuis 1977 et la poliomyélite causée par le virus sauvage a été déclarée éradiquée des Amériques en 1994 par l'Organisation mondiale de la santé. Cependant ces deux maladies sont encore présentes ailleurs dans le monde et il faut continuer de protéger la population. Le tétanos, contrairement à la diphtérie et à la poliomyélite, ne se transmet pas d'une personne à une autre. Il s'agit donc d'un risque individuel mais qui est complètement évitable par l'immunisation. On a enregistré une dizaine de cas de tétanos au Québec entre 1991 et 1996, mais aucun cas n'a été déclaré depuis 1997.

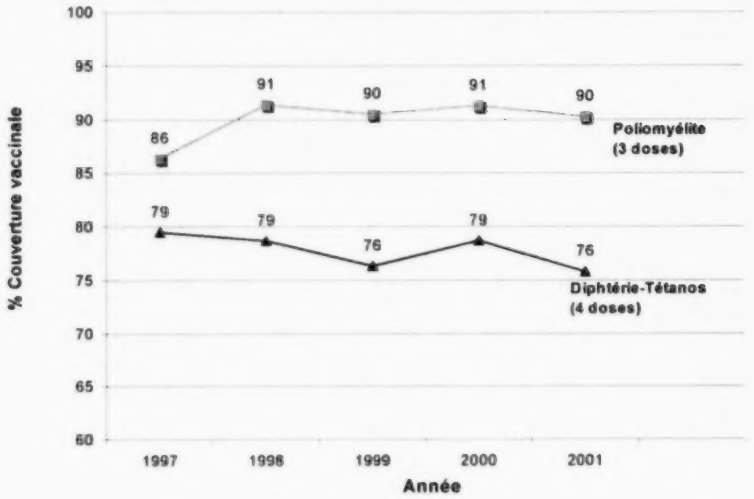
Au Québec, ces trois maladies sont donc considérées comme contrôlées par les programmes de vaccination qui existent contre la diphtérie depuis 1931, contre le tétanos depuis 1949 et contre la poliomyélite depuis 1955. La vaccination systématique contre ces maladies se fait à l'âge de 2, 4, 6 et 18 mois, au moyen du vaccin DCaT-Polio-Hib; la primovaccination se termine au moment de l'entrée à la maternelle, au moyen du vaccin DCaTP et un premier rappel est administré en 3e secondaire, au moyen du vaccin dT. Par la suite, un rappel aux 10 ans demeure recommandé, mais ne fait pas l'objet d'un programme systématique.

En Estrie[8], la vaccination en 2001 chez les enfants de moins de 5 ans est effectuée par les CLSC (45 %), les médecins de famille (36 %) et les pédiatres (17 %) alors que 2 % des vaccinations sont effectuées hors région.

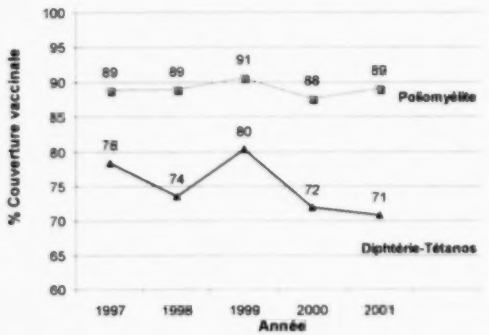
Les critères de couverture vaccinale varient selon les maladies visées, mais les résultats en Estrie, en 2001, chez les enfants de 2 ans, atteignent 90 % pour la poliomyélite (au moins 3 doses de vaccin) et 76 % pour la diphtérie et le tétanos (4 doses de vaccins). L'objectif de couverture vaccinale à atteindre contre ces trois maladies dans la population est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, à l'*âge de 2 ans*, en Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001

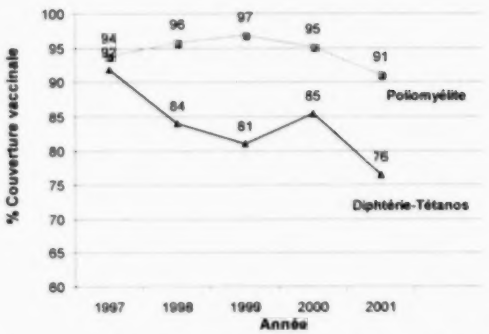
Ensemble de l'Estrie



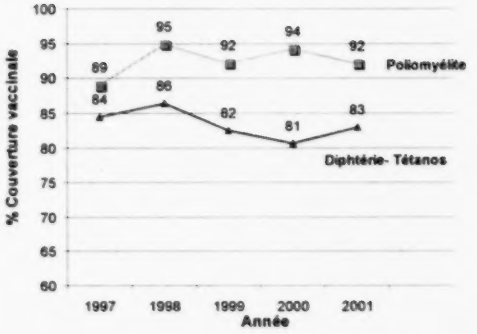
MRC d'Asbestos



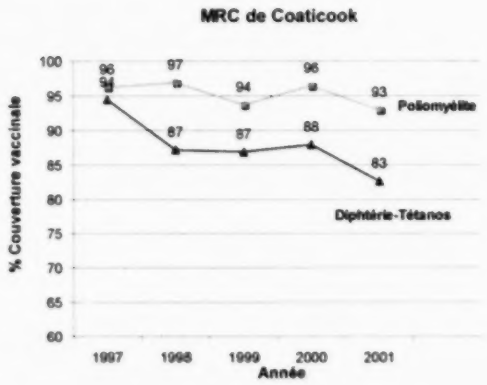
MRC du Haut-Saint-François

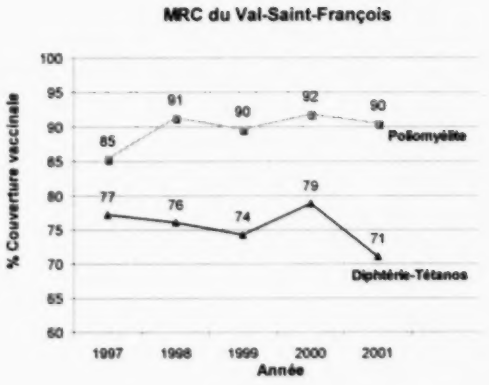


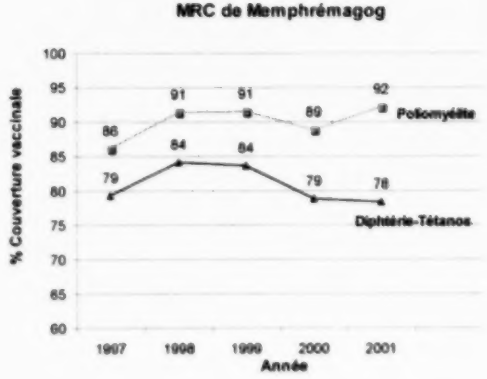
MRC du Granit

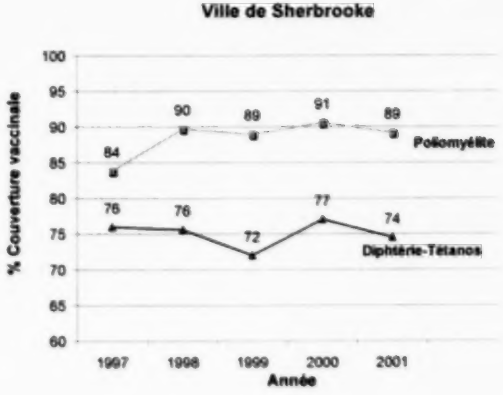


Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, à l'*âge de 2 ans*, en Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001









ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos (vaccination de base). • Activités de relance pour une optimisation de la couverture vaccinale contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.	85 % des jeunes âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.	X			**Régional**	Budget régulier
	90 % des jeunes, âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.		X			
	95 % des jeunes, âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de diphtérie, de poliomyélite, et de tétanos.	100 % des cas déclarés de diphtérie, de poliomyélite, et de tétanos auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.4.2**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination.

ÉTAT DE SITUATION :

La rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) sont des maladies considérées comme contrôlées par l'immunisation, bien que des cas isolés ou des éclosions puissent toujours survenir.

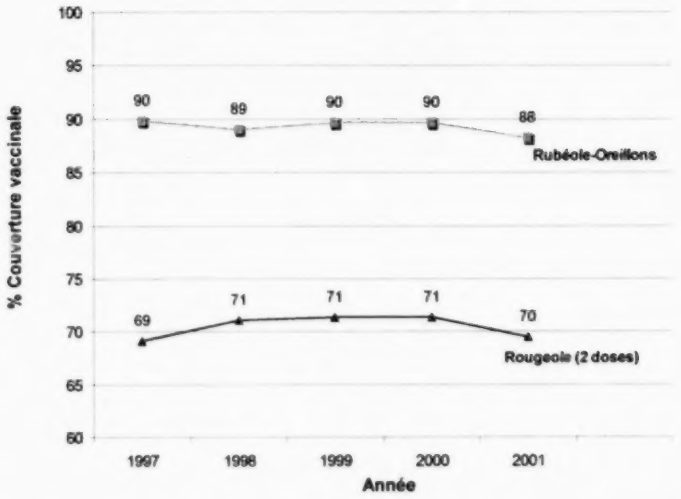
Depuis l'épidémie de 1989 où 503 cas de rougeole avaient été déclarés en Estrie[9], et plus de 10 000 au Québec, la rougeole n'est présente que de façon sporadique. Au Québec, moins de 5 cas de rougeole ont été enregistrés de 1997 à 1999 dans le fichier maladie à déclaration obligatoire mais en 2000, trente-deux cas de rougeole étaient déclarés, dont 28 reliés à une éclosion dans une communauté non vaccinée. En Estrie, aucun cas de rougeole n'est documenté depuis 1996. Rappelons que suite à une épidémie de rougeole qui a sévi en Ontario en 1995, une vaste campagne de revaccination a été réalisée par les CLSC au Québec, au printemps 1996, auprès des enfants du primaire et du secondaire, au terme de laquelle, la protection contre la rougeole (2 doses) atteignait 89 %. Depuis 1996 également, le programme régulier de vaccination prévoit l'administration systématique du vaccin RRO à l'âge de 12 et 18 mois.

La campagne de revaccination au moyen du vaccin RRO a également eu un impact sur l'incidence de la rubéole et des oreillons. Au Québec, moins de 3 cas de rubéole sont déclarés annuellement de 1998 à 2001 mais aucun cas n'est enregistré en Estrie[9] depuis 1997. Cependant, deux cas de rubéole congénitale sont survenus au Québec (1999 et 2000), venant rappeler l'importance de la vérification du statut immunitaire chez les femmes en âge de procréer. Finalement, aucun cas d'oreillons n'est confirmé en Estrie[9] depuis 1999, malgré quelques signalements de parotidites cliniques mais dans l'ensemble du Québec, on enregistre une moyenne annuelle de 15 cas confirmés de parotidites ourliennes entre 1997 et 2001.

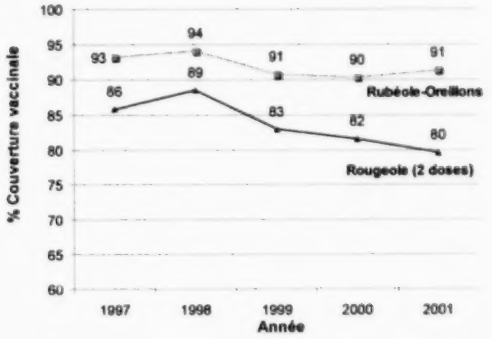
Au 31 décembre 2001[8], la couverture vaccinale à deux doses contre la rougeole en Estrie est de 70 % chez les enfants âgés de 2 ans, mais 88 % des enfants de cet âge ont reçu la première dose. La protection contre la rubéole et les oreillons, qui est calculée après une seule dose de vaccin, est de 88 % en Estrie chez les enfants âgés de 2 ans en 2001. L'objectif de vaccination contre la rougeole (2 doses), la rubéole (1 dose) et les oreillons (1 dose) est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons à l'*âge de 2 ans*,
En Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001

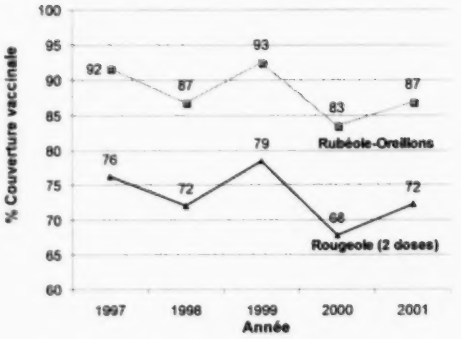
Ensemble de l'Estrie



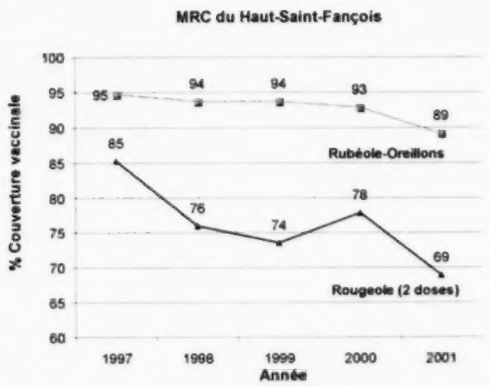
MRC du Granit

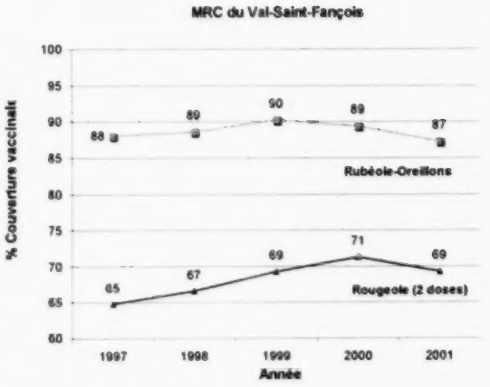


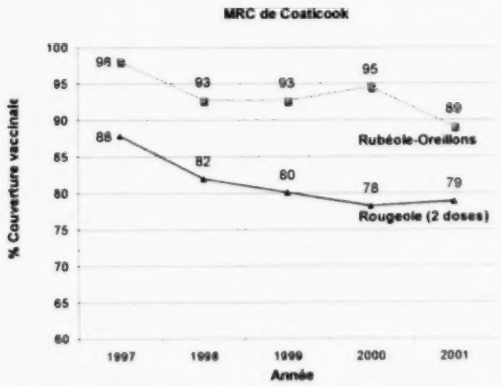
MRC d'Asbestos

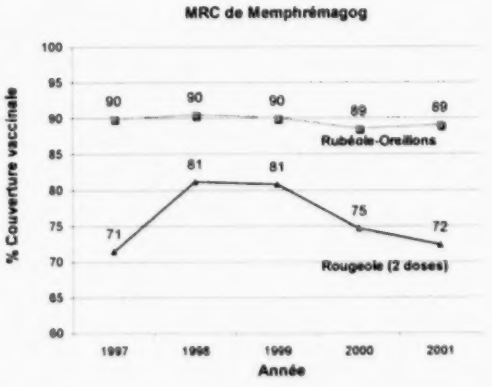


Couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, à l'*âge de 2 ans*, en Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001









ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (vaccination de base). • Activités de base et de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.	85 % des jeunes âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.	X			**Régional/local**	Budget régulier
	90 % des jeunes âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.		X			
	95 % des jeunes âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de rougeole, de rubéole et d'oreillons.	100 % des cas déclarés de rougeole, de rubéole et d'oreillons auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance

1.4.3

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de 5 cas par année chez les enfants de moins de 5 ans.

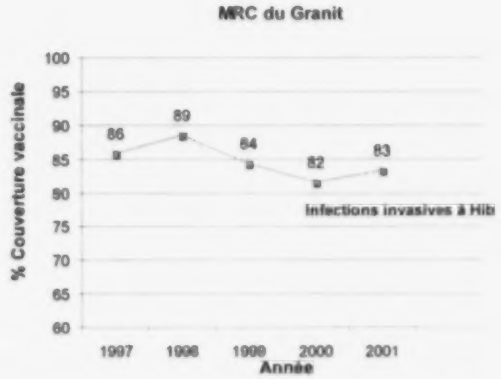
ÉTAT DE SITUATION :

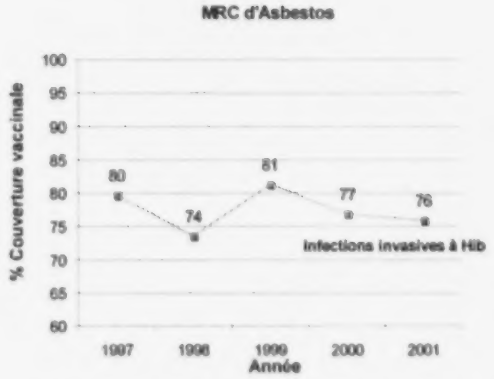
La bactérie *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) est responsable d'infection grave, comme la méningite et l'épiglottite, particulièrement chez les tout-petits. Depuis 1999[9], aucun cas de Hib n'est documenté en Estrie alors que moins de 10 cas sont détectés par année au Québec, pour une incidence minimale se maintenant à 1 cas par million.

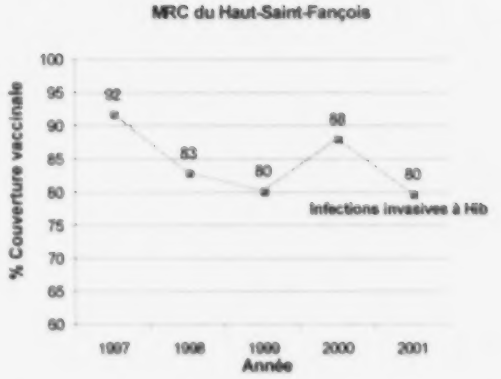
Les premiers vaccins contre l'*Haemophilus influenzae de type b* ont été homologués au Canada en 1986 pour les enfants âgés de 2 à 5 ans. En 1988, le premier programme de santé publique au Québec contre cette infection permettait d'abaisser l'âge d'administration des vaccins à 18 mois et depuis 1992, le programme prévoit la vaccination des nourrissons dès l'âge de 2 mois. Le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae de type b* est combiné avec le vaccin contre la diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite (DCaTP) à l'âge de 2, 4, 6 et 18 mois.

Pour être considéré comme protégé contre l'*Haemophilus influenzae de type b*, l'enfant doit avoir reçu au moins une dose de vaccin après l'âge de 15 mois et la vaccination régulière n'est plus indiquée après l'âge de 4 ans. En Estrie en 2001[8], la couverture vaccinale contre l'*Haemophilus influenzae de type b* chez les enfants de 2 ans est de 79 % et atteint 89 % à l'entrée à la maternelle. L'objectif de couverture vaccinale à atteindre contre cette maladie est fixé à 95 %.

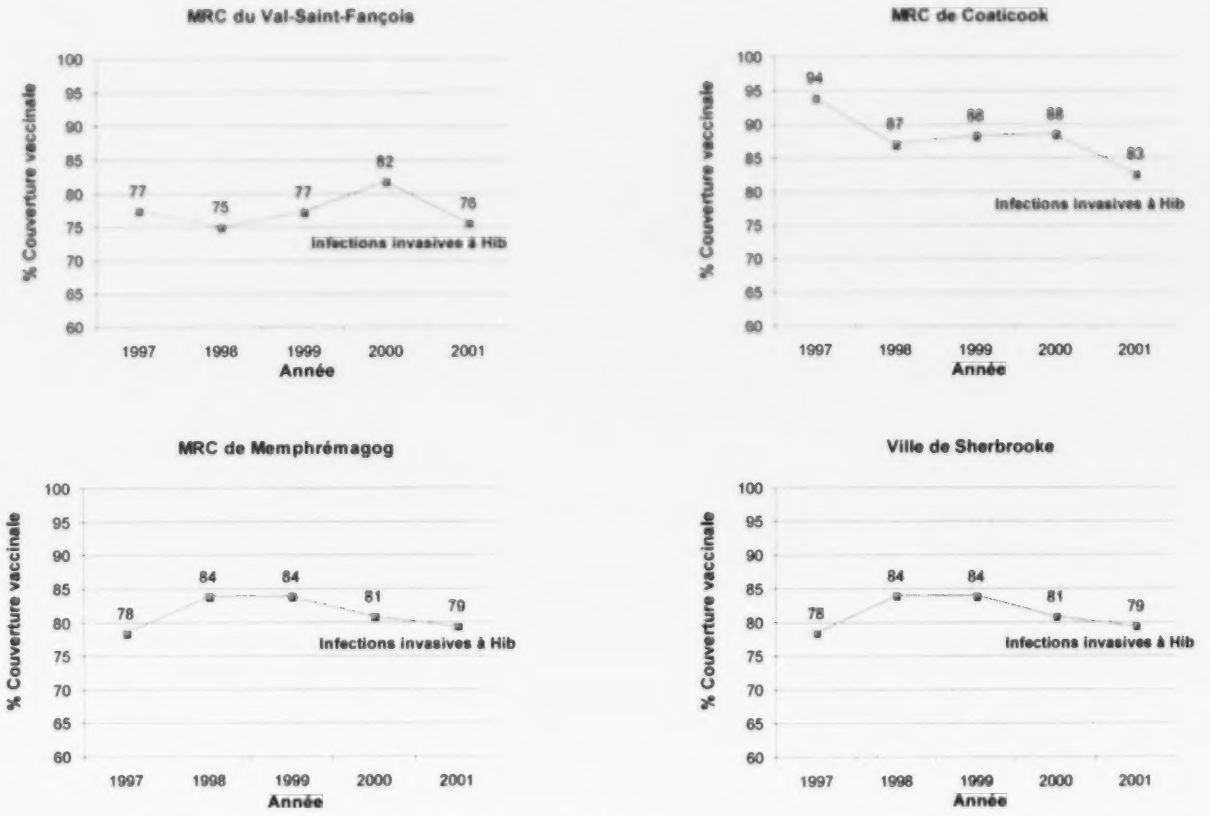
Couverture vaccinale contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, à l'*âge de 2 ans*, en Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001



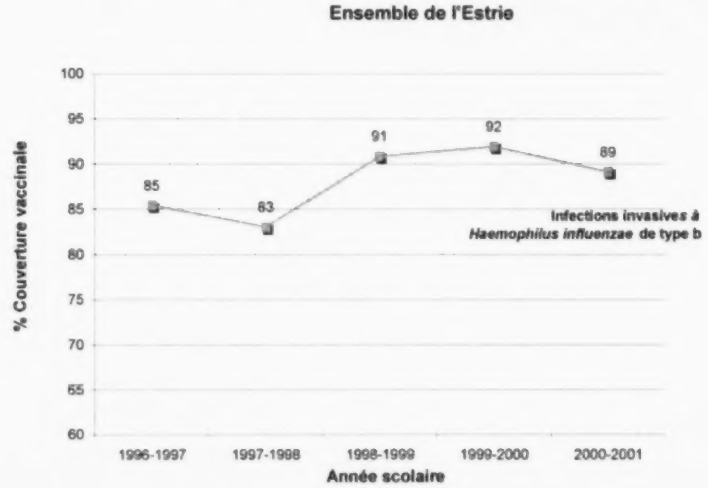




Couverture vaccinale contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, à l'*âge de 2 ans*, En Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001



Couverture vaccinale contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, à la *maternelle*, En Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001



Couverture vaccinale contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b à la *maternelle*, par MRC ou territoire équivalent, année scolaire 2000-2001

MRC ou territoire équivalent	%
MRC du Granit	95
MRC d'Asbestos	85
MRC du Haut-Saint-François	94
MRC du Val-Saint-François	89
MRC de Coaticook	97
MRC de Memphrémagog	88
Ville de Sherbrooke	87

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre *Haemophilus influenzae* de type b (vaccination de base). • Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre *Haemophilus influenzae* de type b.	85 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) seront vaccinés adéquatement contre *Haemophilus influenzae* de type b.	X			**Régional/local**	Budget régulier
	90 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) seront vaccinés adéquatement contre *Haemophilus influenzae* de type b.		X			
	95 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) seront vaccinés adéquatement contre *Haemophilus influenzae* de type b.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b.	100 % des cas déclarés d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.4.4**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.

ÉTAT DE SITUATION :

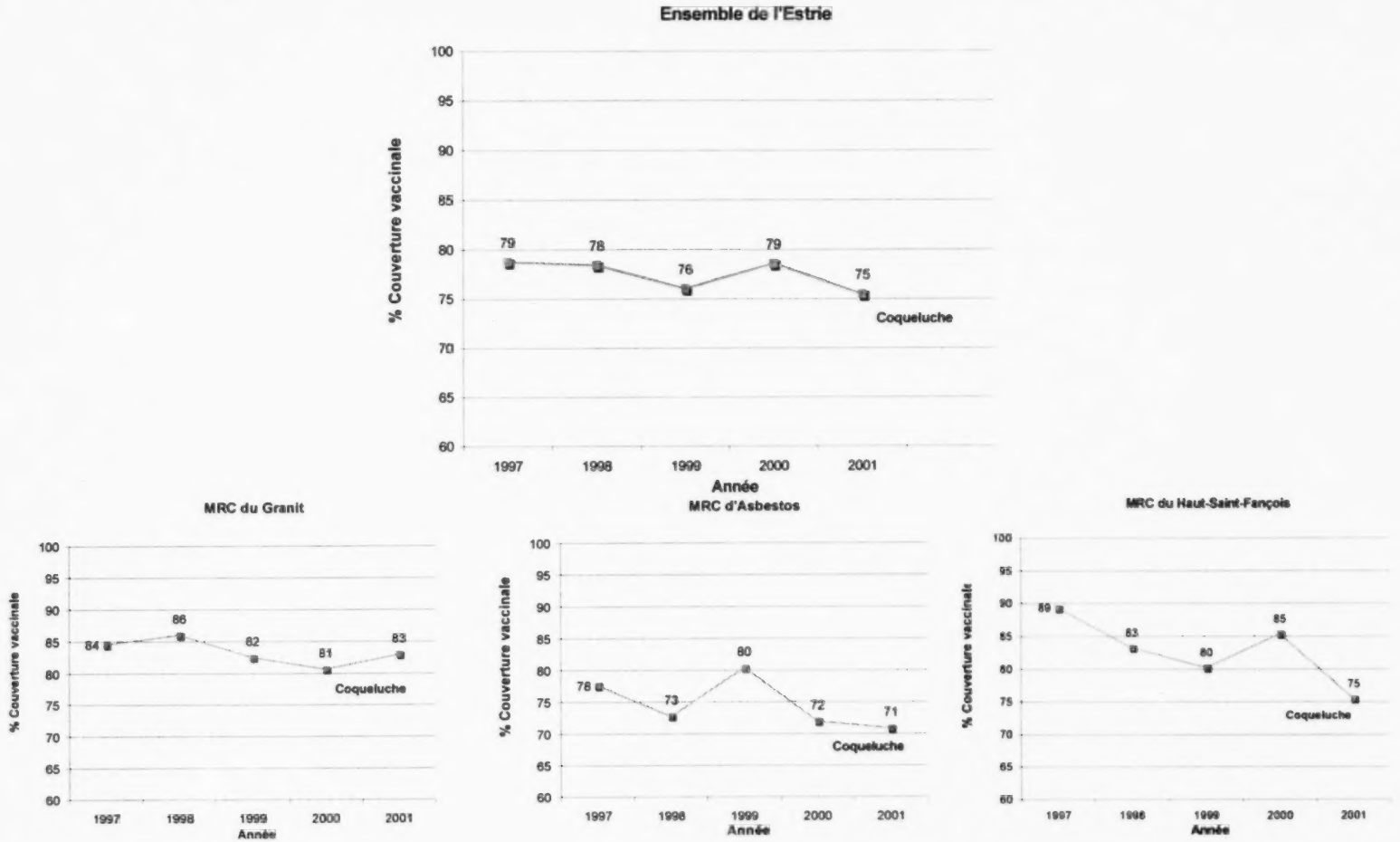
La coqueluche est une maladie hautement contagieuse à l'origine de graves quintes de toux qui peuvent durer plusieurs semaines ou mois. Chez les enfants de moins d'un an, la coqueluche est plus fréquemment associée à des complications graves. Malgré les programmes de vaccination qui ont cours depuis 1946 au Québec, cette maladie est encore responsable d'éclosions et d'épidémies. En effet, cette vaccination est considérée comme un peu moins efficace pour prévenir toute infection clinique, comparativement à d'autres vaccinations du programme régulier au Québec, mais elle est particulièrement utile pour prévenir les complications de la maladie chez les jeunes enfants (pneumonie, encéphalite, décès).

En Estrie[9], la coqueluche a atteint des pics d'incidence en 1993-1995 (jusqu'à 81,3 cas par 100 000) et à nouveau en 1998 (57 cas par 100 000). En 2001, l'incidence de la coqueluche en Estrie est identique à celle de l'année 2000 et se situe à 14 cas par 100 000, soit 41 cas déclarés. Au Québec, des pics épidémiques ont également été atteints en 93-95 et à nouveau en 1998 (65 cas par 100 000). Cependant, la même tendance à la baisse que celle observée en Estrie est constatée à l'échelle du Québec avec des incidences de 24, 11 et 14 cas par 100 000, entre 1999 et 2001.

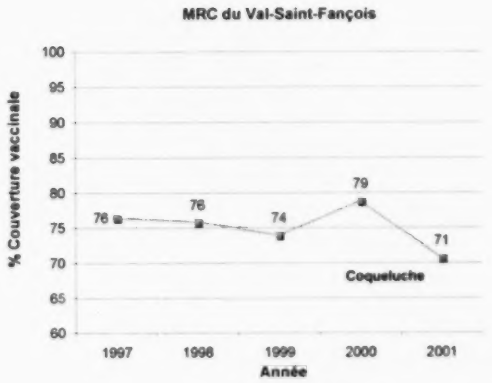
En 2001, 41 % des cas de coqueluche déclarés en Estrie sont confirmés soit par culture de la bactérie responsable, *Bordetella pertussis* (27 %), etc. ou par lien épidémiologique avec un cas dont la culture est positive (14 %). Les autres cas sont déclarés sur la base des symptômes cliniques compatibles. Les personnes chez lesquelles les diagnostics de coqueluche sont posés sont âgées de 6 semaines à 93 ans mais le pic d'incidence est maximal chez les enfants de 1 à 4 ans, suivi par les enfants âgés de moins de 1 an.

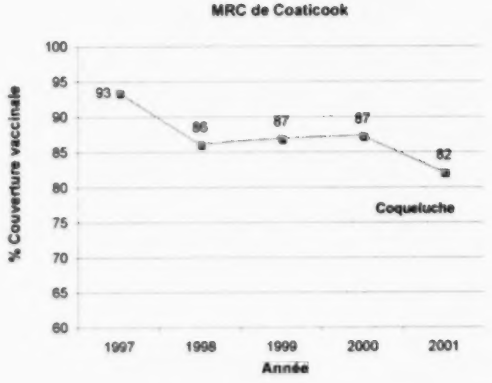
La couverture vaccinale à l'âge de 2 ans contre la coqueluche en Estrie en 2001[8] est à 75 %. Cette couverture relativement faible et que l'on retrouve année après année, est principalement attribuable à des retards dans le calendrier de vaccination, car 90 % des enfants de moins de 2 ans ont reçu trois des quatre doses du vaccin coqueluche recommandées à cet âge. Chez les enfants qui fréquentent la maternelle en 2000-2001, la couverture atteint 91 %. Au Québec, on utilise les vaccins acellulaires, contre la coqueluche (*Pentacel* et *Quadracel),* chez les enfants de moins de 7 ans. Ces vaccins ont l'avantage d'être moins réactogènes et sont censés être plus efficaces que les vaccins entiers contre la coqueluche qu'ils ont remplacés. L'objectif de couverture vaccinale contre cette maladie est fixé à 95 %.

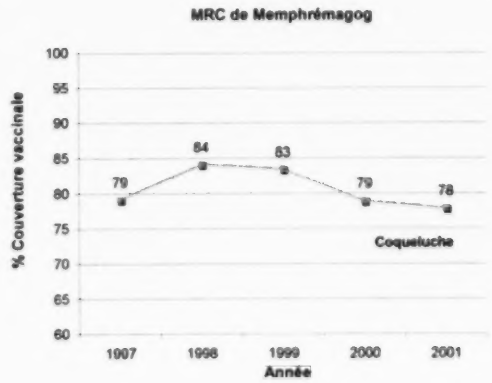
Couverture vaccinale contre la coqueluche à l'*âge de 2 ans*, en Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001

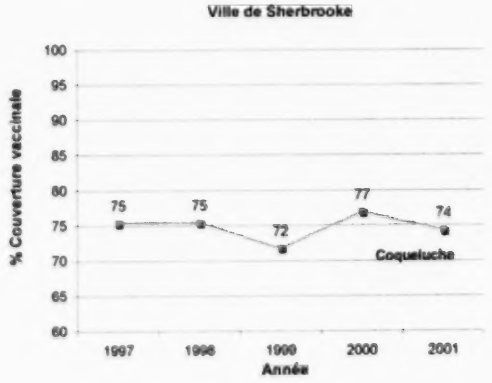


Couverture vaccinale contre la coqueluche à l'*âge de 2 ans*, en Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001

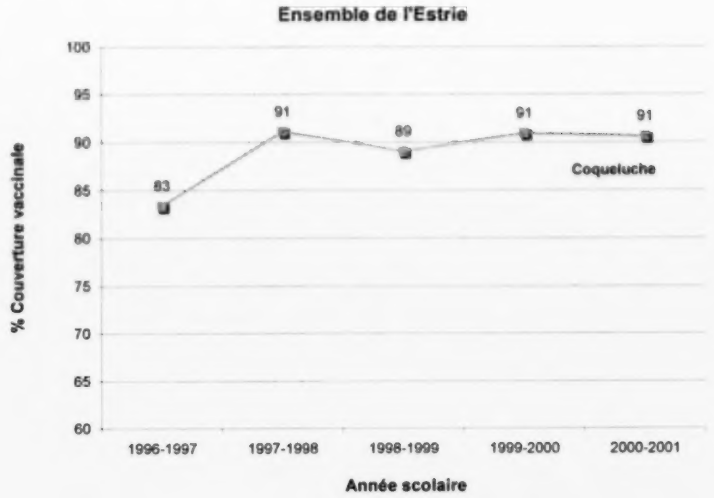








Couverture vaccinale contre la coqueluche à la *maternelle*, en Estrie et par MRC ou territoire équivalent, de 1997 à 2001



Couverture vaccinale contre la coqueluche à la *maternelle*, par MRC ou territoire équivalent, année scolaire 2000-2001

MRC ou territoire équivalent	%
MRC du Granit	93
MRC d'Asbestos	85
MRC du Haut-Saint-François	81
MRC du Val-Saint-François	89
MRC de Coaticook	97
MRC de Memphrémagog	95
Ville de Sherbrooke	91

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination des jeunes contre la coqueluche						
• Vaccination des jeunes contre la coqueluche (vaccination de base). • Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre la coqueluche	85 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) seront vaccinés adéquatement contre la coqueluche.	X			**Régional/local**	Budget régulier
	90 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) seront vaccinés adéquatement contre la coqueluche.		X			
	95 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) seront vaccinés adéquatement contre la coqueluche.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de coqueluche.	100 % des cas déclarés de coqueluche auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.4.5**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins.

ÉTAT DE SITUATION :

Les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, bien qu'elles soient peu fréquentes, même lorsqu'elles connaissent une recrudescence, sont graves, imprévisibles et souvent fulgurantes dans leur mode de présentation.

De 1996 à 2002, seulement deux cas d'infection invasive causée par un méningocoque de sérogroupe C, ont été déclarés en Estrie[9], soit en décembre 2000 et en janvier 2001. À l'inverse, dans plusieurs régions du Québec, il y a eu une recrudescence importante des infections dues au sérogroupe C à partir de février 2001. Ces infections ont été à l'origine de plusieurs éclosions et interventions avec antibioprophylaxie et vaccination auprès des jeunes, à l'hiver et au printemps 2001, dans différentes régions du Québec. En effet, alors qu'il y avait régression régulière de ces infections dans la population depuis la campagne de vaccination massive de 1993 et qu'on ne relevait, entre 1996 et 2000, que moins de dix cas en moyenne par année au Québec, une épidémie de 57 cas a été confirmée en 2001, reliée à un clone du méningocoque de sérogroupe C particulièrement virulent (létalité de 17 %).

Les seuls vaccins disponibles pour limiter les éclosions de méningocoque de sérogroupe C, avant mai 2001, étaient les vaccins « polysaccharidiques ». La réponse immunitaire à ces vaccins pouvant s'atténuer avec le nombre de doses ainsi que leur durée d'efficacité limitée (environ 2-3 ans) ont restreint leur utilisation au Québec aux seules situations où les éclosions étaient bien documentées. En mai 2001, un premier vaccin « conjugué » contre les infections à méningocoque de sérogroupe C, le vaccin *Menjugate*, était homologué au Canada et son profil d'efficacité est venu modifier les perspectives de prévention à long terme de ces infections. C'est pourquoi le ministre de la Santé et des Services sociaux a décrété la tenue d'une campagne provinciale de vaccination préventive, qui s'est déroulée du 24 septembre 2001 au 31 janvier 2002, auprès de tous les jeunes nés depuis le 17 juillet 1980. En Estrie[8], les CLSC ont administré ce vaccin conjugué à plus de 63 000 jeunes au cours de cette période, pour une couverture vaccinale globale de 81 %, soit 74 % chez les moins d'un an, 86 % chez les enfants d'âge préscolaire.

Depuis le 1er novembre 2002, la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C est intégrée au programme de vaccination régulier des enfants du Québec et ce, à l'âge de 1 an (1 dose). L'objectif de couverture vaccinale contre cette maladie est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale de la campagne contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C chez les enfants d'*âge préscolaire* en Estrie, (2001-2002)

MRC ou territoire équivalent - Estrie	Enfants < 1 an (3 doses requises) %	Enfants de 1 à 4 ans (1 dose requise) %
MRC du Granit	72	100
MRC d'Asbestos	74	96
MRC du Haut-Saint-François	73	85
MRC du Val-Saint-François	81	94
MRC de Coaticook	83	100
MRC de Memphrémagog	78	82
Ville de Sherbrooke	71	82
Ensemble de l'Estrie	*74*	*86*

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre les infections à méningocoque de groupe C (vaccination de base). • Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre les infections à méningocoque de groupe C.	85 % des jeunes âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre le méningocoque de sérogroupe C.	X			**Régional/local**	Budget régulier + bonification de 7,85 $ par enfant (7 $ pour le CLSC, et 0,85 $ pour la DSPE)
	90 % des jeunes, âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre le méningocoque de sérogroupe C.		X			
	95 % des jeunes, âgés de 2 ans, seront vaccinés adéquatement contre le méningocoque de sérogroupe C.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'infection invasive à méningocoque de groupe C.	100 % des cas déclarés d'infection invasive à méningocoque de groupe C auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

87

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.4.6**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.

ÉTAT DE SITUATION :

Les infections à pneumocoque sont très fréquentes, surtout chez les enfants, et peuvent mener à des complications sérieuses. Environ 5 000 personnes sont hospitalisées chaque année au Québec pour une infection invasive à pneumocoque dont 150 en Estrie. L'incidence de ces infections invasives, documentées en laboratoire, se situe en moyenne à 16 cas par 100 000 personnes au Québec au cours des années 1997 à 2001. La présentation la plus fréquente en 2001 demeure la pneumonie bactériémique (~ 50 %) suivi de la bactériémie isolée (~30 %) et de la méningite (~6 %). La létalité est de 7,5 %, principalement par pneumonie chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. Alors que le pneumocoque était particulièrement sensible à la pénicilline, un phénomène de résistance est documenté à l'échelle mondiale depuis la fin des années 1980 et se situe à 15 % en 2001 au Québec.

En Estrie[8], après un pic d'incidence à près de 29 cas par 100 000 personnes en 1999, l'incidence des infections invasives à pneumocoque déclarées se situe à 20 puis à 25 cas par 100 000 personnes au cours des années 2000 et 2001. Les pics d'incidence concernent à peu près toujours les mêmes populations : les jeunes enfants, puis les personnes âgées. D'ailleurs, l'incidence annuelle moyenne de ces infections chez les enfants âgés de moins de 2 ans, en Estrie, se situe à 170 cas par 100 000 personnes, de 1997 à 2001.

Plus de 80 % des souches de pneumocoque responsables d'infections invasives chez les jeunes enfants en Estrie, entre 1999 et 2001, sont contenues dans le vaccin conjugué 7-valent contre le pneumocoque qui est utilisé aux États-Unis depuis 2000 pour la vaccination des nourrissons. Depuis son homologation au Canada, en juin 2001, les organismes aviseurs canadiens et québécois ont recommandé son utilisation dans les programmes réguliers d'immunisation des enfants à partir de l'âge de 2 mois. Le MSSS rend ce vaccin disponible gratuitement depuis décembre 2002, pour les enfants âgés de moins de 5 ans qui présentent une condition médicale augmentant les risques de faire une infection grave (ex. : maladie cardiaque ou pulmonaire). Toutefois, le programme de vaccination universel gratuit n'est pas encore disponible au Québec.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des enfants âgés de 6 mois à 2 ans contre les infections à pneumocoque. • Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre les infections à pneumocoque.	La décision d'appliquer ce nouveau programme n'a pas encore été prise par le MSSS. S'il y a introduction du vaccin antipneumococcique dans le calendrier régulier d'immunisation, 95 % des enfants âgés de 2 à 3 ans seront vaccinés contre le pneumocoque.	Échéancier à définir par le MSSS lors de l'introduction de cette nouvelle immunisation régulière.			**Régional/local**	Financement à définir par le MSSS lors de l'introduction de cette nouvelle immunisation régulière.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels périodiques auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes à risque.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance **1.4.7**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination.

ÉTAT DE SITUATION :

La varicelle est une maladie virale qui touche 90 % des enfants avant l'âge de 10 ans. Ce virus reste présent dans l'organisme et pourra récidiver plus tard dans la vie sous forme de zona chez 10 à 20 % des personnes atteintes. Bien que la varicelle chez le jeune enfant soit le plus souvent bénigne, elle peut être à l'origine de complications cutanées, pulmonaires, neurologiques et hématologiques, qui seront particulièrement sévères chez les personnes immunosupprimées. Chez les enfants, les surinfections cutanées constituent 50 % des complications observées et parmi celles-ci, on observe une recrudescence des infections invasives à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Chez les adultes, la pneumonie est la complication la plus fréquente (42 %). L'infection maternelle durant la première moitié de la grossesse peut provoquer des malformations importantes chez l'enfant à naître (syndrome de varicelle congénitale) alors que l'infection de la mère en fin de grossesse, soit 5 jours avant et jusqu'à 2 jours après l'accouchement, peut donner lieu à une varicelle potentiellement fatale chez le nouveau-né (varicelle néonatale). La varicelle produit environ deux décès par an au Québec et 400 à 500 hospitalisations, soit un pour 200 cas de varicelle. Lors de la période 1997 1998 à 2001-2002, l'Estrie a eu une moyenne de 31 hospitalisations par an causées par ce virus. Depuis 1990, l'Estrie n'a eu que 2 décès attribués à cette maladie.

La varicelle est devenue une maladie évitable par la vaccination au Canada depuis 1999 avec l'homologation du vaccin utilisé aux États-Unis depuis 1995 et au Japon depuis 1988. La vaccination universelle des enfants contre la varicelle a été recommandée par les organismes aviseurs américain, canadien et québécois en matière d'immunisation. En effet, le Comité sur l'immunisation du Québec considère que la vaccination contre la varicelle constitue un moyen efficace et sécuritaire de diminuer la mortalité et surtout la morbidité engendrée par la varicelle. Différents modèles d'intervention au Québec ont été comparés selon leurs avantages et leurs coûts associés, et la stratégie la plus efficiente de l'avis du Comité sur l'immunisation du Québec de novembre 2000, consiste à introduire la vaccination universelle contre la varicelle à l'âge de 12 mois, au moment de la première dose du vaccin Rougeole, Rubéole et Oreillons, accompagnée pendant cinq ans, d'un rattrapage lors de l'entrée à la maternelle ainsi que lors de la vaccination contre l'hépatite B en 4^{e} année du primaire, pour les enfants qui n'auraient pas d'histoire de varicelle antérieure. Certains groupes adultes réceptifs devraient également recevoir le vaccin, notamment les travailleurs de la santé et les personnes en contact avec des personnes à haut risque de complications.

Actuellement, la vaccination contre la varicelle est à la charge des individus et demeure une activité marginale malgré les recommandations en vigueur. Cependant, un programme restreint de vaccination gratuite a été mis en place en juillet 2001, dans les directions de santé publique, permettant l'immunisation des contacts familiaux réceptifs à la varicelle des personnes immunosupprimées.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre la varicelle. • Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre la varicelle.	La décision d'appliquer ce nouveau programme n'a pas encore été prise par le MSSS. S'il y a implantation du programme de vaccination contre la varicelle et activités de rattrapage, 95 % des jeunes visés par ces efforts seront vaccinés contre la varicelle.	Échéancier à définir par le MSSS lors de l'introduction de cette nouvelle immunisation régulière.			**Régional/local**	Financement à définir par le MSSS lors de l'introduction de cette nouvelle immunisation régulière.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes à risque.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance

1.4.8

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007 :

- **Réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0;**
- **Réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.**

ÉTAT DE SITUATION :

Rubéole

La rubéole est une infection en général bénigne. Cependant, lorsque l'infection survient chez la femme enceinte et qu'elle est transmise au fœtus, elle peut entraîner chez ce dernier une infection grave, se manifestant par une mort *in utero* ou par un ensemble de malformations congénitales constituant le syndrome de rubéole congénitale. Depuis les débuts du programme d'immunisation en 1970, le nombre de nourrissons atteints du syndrome de rubéole congénitale, au Canada, a chuté d'environ 200 cas par année à une moyenne de trois, soit une réduction de 99 %. Cependant, de 1990 à 1999, neuf des 25 cas de syndrome de rubéole congénitale déclarés au Canada provenaient du Québec, soit environ 40 %. En 1999, le Québec fut la seule province à enregistrer des cas de syndrome de rubéole congénitale. En Estrie, aucun cas de syndrome de rubéole congénitale n'a été déclaré depuis 1990.

L'objectif ultime du programme de vaccination contre la rubéole est d'éliminer cette infection au cours de la grossesse et ce faisant, prévenir l'embryopathie rubéoleuse et les autres issues défavorables de grossesse. Parmi les principales stratégies retenues pour atteindre cet objectif, on note : l'atteinte de hauts taux de couverture vaccinale chez les enfants et les adolescents; la mise à jour en vaccination des femmes en âge de procréer, particulièrement les femmes immigrantes, dont le pays d'origine peut ne pas inclure la rubéole dans la vaccination de base; et la vérification du statut immunitaire en cours de la grossesse suivie de la vaccination en post-partum immédiat des femmes non immunes.

Hépatite B

L'hépatite B est une infection du foie transmise par le sang ou d'autres liquides organiques. La transmission périnatale au moment de l'accouchement est associée à un taux d'infection chronique chez les nouveau-nés pouvant atteindre 90 %. L'infection chronique est le plus souvent silencieuse chez les jeunes enfants mais environ 25 % développeront, des années plus tard, une insuffisance hépatique secondaire à une infection chronique active ou un cancer primaire du foie.

Le dépistage systématique chez la femme enceinte du virus de l'hépatite B est recommandé au Québec depuis 1991. L'immunoprophylaxie chez le nouveau-né dont la mère est infectée, doit être débutée dans les 12 heures qui suivent l'accouchement pour être pleinement efficace. La connaissance du statut du virus de l'hépatite B chez la mère est la mesure charnière pour déterminer quel nouveau-né doit faire l'objet de cette intervention précoce.

Or, cette information est trop souvent manquante ou impossible à retracer en temps opportun dans les dossiers obstétricaux des parturientes, ce qui oblige les services d'obstétrique de l'Estrie à élargir les mesures prophylactiques précoces aux nouveau-nés dont l'information sur le statut de la mère est manquante. Aucun cas de transmission périnatale du virus de l'hépatite B en Estrie[9] n'a été détectée de 1997 à 2001.

activités	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU de RESPONSABILITÉ	Financement
Soutien aux pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes						
• Implantation de l'inclusion des démarches préventives efficaces contre l'hépatite B dans les plans de soins des établissements et des centres de maternité.	100 % des plans de soins des établissements où se font des accouchements, et des centres de maternité, contiendront des éléments relatifs au statut sérologique et à la vaccination, tant pour la rubéole que pour l'hépatite B.			X	**Régional/local**	Budget régulier
• Vaccination en post-partum immédiat des femmes réceptives à la rubéole, ainsi que vaccination, dans les douze heures de la naissance, des nouveau-nés dont la mère est porteuse du virus de l'hépatite B ou dont le statut sérologique de la mère à cet égard est inconnu au moment de l'accouchement.	Maintenir à zéro le nombre de cas de rubéole et d'hépatite B chez les nouveau-nés.	X				

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance

1.4.9

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale.

ÉTAT DE SITUATION :

Pour la période 1997-2001, un seul cas de syphilis congénitale a été déclaré au Québec. Malgré sa rareté, cette infection demeure un sujet de préoccupation en raison de sa sévérité. La prévention de la syphilis congénitale repose sur des soins prénataux adéquats chez toutes les femmes enceintes. Effectivement, cette infection peut être entièrement prévenue par le dépistage sérologique (et un traitement adéquat le cas échéant) de toutes les femmes à haut risque au premier et au troisième trimestre de la grossesse.

Aucun cas de syphilis congénitale n'a été enregistré en Estrie pour la période 1997-2001.

En juin 2002, un document sur la syphilis a été diffusé aux médecins omnipraticiens et certains spécialistes. Dans ce document on retrouvait : une rappel sur la situation de la non-disponibilité de la pénicilline G benzathine sur le marché canadien; les modalités régionales établies pour assurer l'accès à la pénicilline G benzathine; les lignes directrices canadiennes de traitement de la syphilis. En collaboration avec le MSSS, l'accessibilité à la pénicilline G benzathine au niveau régional est maintenue malgré les difficultés d'approvisionnement.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Soutien des pratiques préventives efficaces						
• Diffusion de documents ou dépliants portant sur les infections transmissibles sexuellement.	Maintenir à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale en Estrie.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier + financement spécifique pour certaines activités ciblées par le MSSS
• Mise à jour périodique auprès des omnipraticiens et autres intervenants dans le domaine des infections transmissibles sexuellement, des connaissances en matière de dépistage, de lignes directrices de traitement et d'intervention préventive auprès des personnes infectées et leurs partenaires sexuels.						
• Formation du personnel d'Info-Santé en matière d'infections transmissibles sexuellement (prévue en 2003). Cette formation sera livrée à la manière des autres programmes du Centre québécois de coordination sur le sida. Un professionnel du MSSS fera une tournée provinciale appuyée d'une ressource médicale de chaque Direction de santé publique.						
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de syphilis infectieuse.	100 % des cas déclarés de syphilis infectieuse auront fait l'objet d'une offre d'intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Aucune activité particulière de formation spécifique à la syphilis congénitale n'est présentement prévue ou attendue. Cependant, la syphilis est couverte par les activités visant les infections transmissibles sexuellement (voir les fiches 3.4.6 et 4.4.4).

CLIENTÈLE :Périnatalité et petite enfance **1.4.10**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007 réduire, chaque année, à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année.

ÉTAT DE SITUATION :

Selon le MSSS, en date du 30 juin 2002[10], on a enregistré 5 943 cas de sida au Québec depuis 1979. Parmi ceux-ci, le nombre de cas imputables à une transmission mère-enfant était de 90. En Estrie, toujours en date du 30 juin 2002, le nombre total de cas de sida était de 61, et aucun cas de transmission mère-enfant n'a été enregistré.

En mai 1997, le MSSS du Québec lançait un *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse* (Annexe C). Ce programme vise à favoriser l'accessibilité au test de dépistage du VIH pour toutes les femmes enceintes et la possibilité pour celles qui sont infectées d'entreprendre un traitement à la zidovudine afin de réduire les risques de transmission à l'enfant.

Les omnipraticiens et obstétriciens de la région ont d'abord reçu une pochette d'information concernant le programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. Puis, ils ont été invités à assister à une présentation sur les particularités de l'infection à VIH chez la femme enceinte, en novembre 1997, dans le cadre d'une journée de formation médicale continue. Les médecins ont aussi été encouragés à utiliser le formulaire spécial par le biais du bulletin d'information de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie puis, sur une base continue, par l'entremise du site web : Omni-med.com.

Ce formulaire a été peu utilisé tant au niveau provincial qu'au niveau régional. Le premier rapport d'évaluation du programme[11], en décembre 1997, montrait que le formulaire était peu utilisé, variant de 0,1 % à 18,7 % des grossesses et un deuxième rapport, en mars 1998, démontrait des résultats semblables avec une moyenne de 5 % des grossesses chez qui le formulaire avait été utilisé, variant cette fois de 0,1 % à 16,4 %, selon les régions.

D'ailleurs, une étude sur la pratique médicale[12] en regard du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes avant et dix-huit mois après l'annonce du programme québécois d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse constatait qu'il y avait eu globalement, entre 1997 et 1999 :

- une importante augmentation de la proportion des obstétriciens qui offraient le test de dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes (passant de 51 % à 82 %);
- une diminution de la proportion des obstétriciens qui n'offraient le test de dépistage du VIH qu'à celles qui présentaient un ou des facteurs de risque (passant de 30 % à 16 %);
- une augmentation de la proportion de médecins qui, non seulement offraient, mais prescrivaient le test de dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes (passant de 13 % à 44 %).

Une étude longitudinale, menée dans un centre tertiaire de la province, a montré que l'offre de test plafonnait à environ 60 % des femmes enceintes. De plus, rien n'indiquait qu'un nombre suffisant de refus du test de dépistage du VIH par les femmes ait modifié ce pourcentage à la baisse.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Soutien des pratiques préventives efficaces						
• Soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes. • Poursuite de la sensibilisation des médecins au *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse* afin d'étendre la pratique de l'offre universelle du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.	100 % des outils promotionnels produits par le MSSS seront diffusés dans le réseau de la santé de l'Estrie.	X	→	→	**National**	Budget régulier
	Nombre de femmes enceintes dépistées.	X	→	→	**Régional**	
	100 % de nouveaux cas identifiés reçoivent un traitement approprié.	X	→	→	**Local**	

Domaine 5
Santé environnementale

Présentation du domaine de la santé environnementale

La plupart des objectifs retenus dans le domaine de la santé environnementale ne s'adressent pas à une clientèle particulière mais visent plutôt le mieux-être de l'ensemble de la population. Les très jeunes enfants sont cependant plus spécifiquement ciblés pour ce qui est des dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, et certaines interventions effectuées en postnatal peuvent contribuer à réduire l'impact de cette menace. C'est le sujet de l'unique fiche de cette section, portant sur la prévention des cancers de la peau.

CLIENTÈLE : Périnatalité et petite enfance

1.5.1

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence des cancers de la peau.

ÉTAT DE SITUATION :

L'Institut national du cancer du Canada[13] a estimé que l'ensemble des cancers de la peau pouvait représenter jusqu'à 36 % de tous les nouveaux cas de cancer ; ils seraient les cancers les plus prévalants dans la population. Plus de 90 % de ces cancers seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle. Les enfants sont particulièrement vulnérables puisqu'entre 50 % à 80 % de la dose d'exposition à vie, est accumulée au cours des 18 premières années, et que les coups de soleil attrapés en bas âge et à l'âge adulte, sont les principaux facteurs de risque associés au cancer de la peau.

En Estrie, l'incidence des cancers de la peau, qui couvrent les mélanomes malins (20 cas) et tout autre tumeur maligne (124 cas) de la peau, représente 10 % des 1394 cas de tumeurs malignes dénombrés en 1998. Toutefois, les tumeurs malignes de la peau, autres que les mélanomes, sont largement sous-estimées car elles sont souvent traitées en externe, ne donnent pas lieu à une hospitalisation, et entraînent rarement des décès.

Les interventions effectuées en postnatal

À la sortie de l'hôpital, à la suite d'un accouchement, les parents reçoivent le livret *Mieux vivre avec son enfant*. Dans ce dernier, un chapitre sur le soleil prodigue les conseils appropriés pour prévenir les coups de soleil, et par conséquent, les cancers de la peau éventuels.

Au cours des consultations dans les cliniques postnatales successives, le message est renforcé auprès des parents d'éviter l'exposition directe au soleil, particulièrement avec les enfants, ainsi que d'utiliser les crèmes solaires recommandées.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets, lors des visites postnatales et des vaccinations						
• Distribution des outils d'information.	100 % des outils produits par le MSSS seront diffusés auprès des intervenants de première ligne en santé, en Estrie.	X	→	→	**National** **Régional** **Local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Aucune activité de formation n'est prévue au niveau régional ou suprarégional.

Références

1 BROUSSEAU J., R.H. BAILLARGEON et H.X. WU, « Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 117 p. (Collection La santé et le bien-être).

2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 75 p.

3 CLÉMENT M.E. et autres, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, 1999, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 117 p. (Collection La santé et le bien-être).

4 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992, p. 47.

5 JAFFE, P.G., M. SUDERMANN ET D. REITZEL. (1991). « Child witnesses marital violence », dans A. Fortin, *L'enfant en contexte de violence conjugale : témoin ou victime ?*

6 SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*, Santé Canada, 2002, 98 p.

7 Site Internet de Santé Canada. Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Données uniques sur les blessures chez les enfants. [www.hc-sc.gc.ca].

8 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur la couverture vaccinale et les actes vaccinaux en Estrie*, année 2001, Régie régionale de l'Estrie, juillet 2002, 16 p.

9 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Région de l'Estrie, année 2001 et tendances de 1991 à 2001*, RRSSS de l'Estrie, septembre 2002, 99 p.

10 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) – cas cumulatifs 1979-2002, Mise à jour No. 2002-1*, Santé et services sociaux, Québec, 30 juin 2002.

11 POULIN C., M. ALARY et J. SAMSON. *Évaluation du programme québécois d'intervention sur l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la grossesse – Rapport cumulatif au 31 mars 1998*, Centre québécois de coordination sur le sida, août 1998.

12 POULIN C., M. ALARY et J. SAMSON. *Étude sur la pratique médicale québécoise en regard du test anti-VIH chez les femmes enceintes avant et 18 mois après l'annonce du programme provincial d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*, Centre québécois de coordination sur le sida, novembre 1999.

13 INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2000.

Annexes

91-92

Annexe A

L'INITIATIVE AMIS DES BÉBÉS

En 1991, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lançaient l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* pour aider les hôpitaux, les services de santé et les parents à connaître les bienfaits de l'allaitement maternel et à s'organiser pour le favoriser et le soutenir. Ce programme offre une structure et des outils pour promouvoir et protéger le démarrage et la poursuite de l'allaitement maternel. Dans les pays où il est en place, le programme a permis d'augmenter les taux et la durée de l'allaitement maternel, d'améliorer la qualité des soins et d'en réduire les coûts.

Au Canada, l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* a été modifiée pour devenir l'*Initiative amis des bébés*, cela afin de bien marquer le désir d'influencer non seulement les services de maternité, mais aussi les autres milieux que la mère, le père et la famille fréquentent. On reconnaît ainsi que l'allaitement et les soins de la mère et de l'enfant ne se limitent pas au seul contexte hospitalier. Le soutien du personnel des CLSC, par exemple, est essentiel si on veut que les femmes choisissent d'allaiter et continuent de le faire une fois de retour chez elles.

Pour recevoir la certification « amis des bébés », un établissement doit passer avec succès une évaluation externe approuvée par un comité accrédité. Au Québec, c'est le Comité québécois en allaitement (CQA) qui sera responsable de l'accréditation des établissements. Un mécanisme de réévaluation est également prévu afin de vérifier si les critères recommandés sont maintenus. Ces derniers portent sur la formation du personnel, sur la qualité de l'enseignement fait aux parents, le contrôle de la publicité sur les laits artificiels et l'organisation des soins aux mères et aux nouveau-nés (contact précoce suite à la naissance de l'enfant, cohabitation, orientation vers le CLSC à la sortie de l'hôpital). C'est en quelque sorte une assurance qualité pour les mères et leur nouveau-né.

Pour être certifiés « amis des bébés », les CLSC doivent satisfaire aux critères établis par *Les sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté*, celles-ci étant le reflet des meilleures pratiques de soins possibles et du meilleur soutien qui puisse être offert aux mères et à leur bébé en milieu communautaire. Comme l'indique le libellé, le plan peut être implanté par étapes, chacune constituant un standard à atteindre en termes de qualité de soins offerts aux parents et aux nouveau-nés. La certification marque en quelque sorte l'aboutissement de ce processus.

Les sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté visent principalement les professionnels de la santé, mais peuvent également servir de cadre théorique pour la définition des services offerts par les groupes communautaires.

Au Québec, comme en Estrie, l'*Initiative amis des bébés* a été retenue comme la principale stratégie pour favoriser l'allaitement maternel.

Annexe B

PROGRAMME INTÉGRÉ D'INTERVENTIONS PRÉVENTIVES AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES, DES ENFANTS DE 0-5 ANS ET LEUR FAMILLE VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

1. PROGRAMME DE SOUTIEN AUX JEUNES PARENTS (PSJP)

Le Programme de soutien aux jeunes parents cible les femmes enceintes de 19 ans et moins et leur famille. Avec l'aide d'un intervenant privilégié, ce programme mise sur un suivi personnalisé, intensif et continu des familles, à partir de la grossesse de la mère jusqu'à l'entrée scolaire de l'enfant. Les objectifs de ce programme sont d'intervenir auprès des mères au niveau de leur intégration sociale, scolaire et professionnelle ainsi que de leurs compétences parentales. Ayant comme finalité le développement optimal des enfants, le PSJP comporte également l'intégration de ces derniers dans un milieu de garde. Dans le cadre du PSJP, l'accompagnement dans les services communautaires et des actions intersectorielles viennent aussi améliorer la qualité de vie des familles.

2. Naître Égaux – Grandir en Santé (NÉ-GS)

Ce programme s'adresse aux familles d'enfants de moins de deux ans vivant en situation d'extrême pauvreté. Il vise à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des parents, des bébés à naître et des enfants d'âge préscolaire. De façon intensive et continue, NÉ-GS propose des interventions individualisées, de groupes ou communautaires afin de stimuler le développement des enfants, renforcer les compétences parentales, améliorer les réseaux sociaux et de soutien ainsi que les conditions de vie des familles.

3. SOUTIEN ÉDUCATIF PRÉCOCE POUR LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE (Programme 2-4 ans)

Ce type de programme s'adresse aux enfants d'âge préscolaire vivant dans des familles pauvres ou vulnérables. Il offre à ces familles un suivi individualisé, l'intégration des enfants dans un milieu de garde et l'accompagnement communautaire vers les ressources sociales et scolaires.

4. PROGRAMME INTÉGRÉ D'INTERVENTIONS PRÉVENTIVES AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES, DES ENFANTS DE 0-5 ANS ET LEUR FAMILLE VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

Au niveau provincial, comme au niveau régional, des démarches ont été amorcées pour intégrer l'ensemble des programmes PSJP, NÉ-GS et Soutien éducatif précoce. En Estrie, le résultat de cette démarche s'actualise par le Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0-5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité. Ce programme inclut les objectifs et les composantes des 3 programmes ci-haut mentionnés et mise sur une continuité de services à partir de la grossesse de la mère jusqu'à l'entrée à l'école de son enfant.

Annexe C

PROGRAMME D'INTERVENTION SUR L'INFECTION PAR LE VIH ET LA GROSSESSE

Le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse vise à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Québec en offrant l'occasion aux femmes enceintes et à celles désirant le devenir d'obtenir une information pertinente en ce qui concerne le test anti-VIH et le traitement à la zidovudine. Sur une base volontaire et après un consentement éclairé, ces femmes peuvent ensuite passer un test anti-VIH. Les cas de séropositivité pourront se prévaloir du traitement à la zidovudine, afin de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant

Liste des collaborateurs et des collaboratrices

Comité aviseur du plan d'action régional de santé publique de l'Estrie

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Nathalie Léonard, agente de planification et programmation, Service des programmes, Direction des programmes des ressources financières et matérielles
Lynda Périgny, chef de service, Service prévention/promotion de la santé, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Pierre Richard, directeur des programmes, Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC), représentant des CLSC de l'Estrie
Danielle Lareau, directrice des services à la population, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François, représentante des CLSC de l'Estrie
Mario Morand, directeur général, Centre de santé de la MRC d'Asbestos, représentant des CLSC de l'Estrie
Denis Lalumière, directeur général, CLSC de Sherbrooke, représentant des CLSC de l'Estrie
Violaine Franchomme-Fossé, M.D., représentante du Département régional de médecine générale de l'Estrie
Louise Meunier, directrice générale, Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut-St-François, représentante du Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie
Anne-Marie Poirier, coordonnatrice, Naissance-Renaissance Estrie, représentante du Regroupement des Organismes Famille de l'Estrie (ROFE)

Collaboration à la Régie régionale de l'Estrie

Direction de santé publique et de l'évaluation
Ginette Dorval, M.D., directrice
Louise Garant, secrétaire de direction

Service soutien méthodologique et évaluation
Aline Émond, chef de service
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation
Annie Bélisle, technicienne en recherche
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire

Denise Donovan, médecin-conseil
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Brigitte Martin, technicienne en recherche
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Service protection de la santé publique
Reno Proulx, M.D., chef de service
Chantal Beaudet, médecin-conseil
Francine Beaulieu, infirmière
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale
Diane Dion, infirmière
Monique Drapeau, médecin-conseil
Louise Frenette, médecin-conseil
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Louise Galarneau, médecin-conseil
Suzanne Ménard, médecin-conseil
Danielle Proulx, infirmière
Marjolaine Pruneau, commis senior
Sylvie Bolduc, secrétaire
Nicole Fontaine, secrétaire
Brigitte Marquis, secrétaire

Service santé au travail
Francine Boulanger, chef de service
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Francine Cliche, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Michel Hains, hygiéniste du travail
Gilles-Yvon Lévesque, agent de recherche sociosanitaire
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Lise Gosselin, médecin-conseil
Denise Fortin, secrétaire

Service prévention/promotion de la santé
Lynda Périgny, chef de service
Daniel Auger, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Renée Cyr, agente de planification et de programmation sociosanitaire
André Lavallière, dentiste-conseil
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Robert Pronovost, médecin-conseil
Alain Rochon, médecin-conseil
Mireille Ara, secrétaire
Ginette Breton, secrétaire

GROUPES DE RELECTURE

Développement, adaptation et intégration sociale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service santé au travail
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation, Service soutien méthodologique et évaluation
Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention/promotion de la santé

Habitudes de vie et maladies chroniques
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation
Louise Galarneau, médecin-conseil, Service protection de la santé publique
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé

Traumatismes non intentionnels
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Daniel Auger, agent de planification et programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Maladies infectieuses
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé environnementale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Fabien Gagnon, médecin-conseil, Service santé au travail et Service protection de la santé publique
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Développement des communautés
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé